DE LA

CHOLÉCYSTENTÉROSTOMIE

EN GÉNÉRAL

ET DE QUELQUES POINTS EN PARTICULIER

DE LA

CHOLÉCYSTENTÉROSTOMIE

EN GÉNÉRAL

ET DE QUELQUES POINTS EN PARTICULIER

PAR

LE DOCTEUR E. J. PATURET

DE LA FACULTÉ DE PARIS

LIBRARY

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1893

Digitized by the Internet Archive
in 2015

https://archive.org/details/b21706669

R51264

DE LA

CHOLÉCYSTENTÉROSTOMIE

EN GÉNÉRAL

ET DE QUELQUES POINTS EN PARTICULIER

INTRODUCTION

Les innovations apportées dans le domaine de la chirurgie depuis une vingtaine d'années ne se comptent plus. Dans ces derniers temps surtout l'audace des chirurgiens s'est accrue d'une façon prodigieuse, justifiée qu'elle était, par une étude plus approfondie et une connaissance plus complète des règles de l'antiseptie. Mais de toutes les régions, celle qui, sans contredit, a bénéficié le plus de cette révolution, c'est l'abdomen. Quantité d'organes, qui jusqu'alors avaient complètement échappé à l'action du chirurgien, lui sont devenus en quelques années un terrain presque familier, et, parmi eux, le foie est peut-être celui qui nous fournit de ces innovations le plus bel exemple. C'est d'hier, que date la chirurgie hépatique, si l'on fait abstraction des quelques interventions modestes et timides, telles qu'ouverture d'abcès ou de kystes, imposées autrefois au chirurgien par les circonstances ; et l'on reste étonné de la multiplicité des opérations créées dans un laps de temps aussi restreint.

Mais la rapidité même de ce progrès est une raison de plus pour que les règles de ces opérations n'aient pu encore être fixées d'une façon immuable, et que les rapports, qu'elles peuvent avoir entre elles, n'aient pas encore été définitivement établis. Une opération, quelle qu'elle soit, n'atteint pas d'emblée à la perfection. Si l'inventeur, après en avoir conçu l'idée, en trace les grandes lignes, l'expérience de chaque instant vient en modifier les détails. En sorte que son histoire, participant à ces variations quotidiennes, a besoin, pour être complète et sincère, d'être tenue à jour.

C'est cette nécessité, qui, à propos de la cholécystentérostomie, nous a dicté ce travail.

Ce faisant, nous n'avons pas la prétention de décrire une opération nouvelle, d'autres s'en sont chargés avant nous. Notre but est beaucoup plus modeste : il se résume dans la mise en lumière de détails inédits, s'il y en a, et dans la révision de quelques anciens, qui sont encore matière à discussion. Ce n'est pas une création que nous présentons, c'est une simple mise au point.

Mais, avant de commencer cette étude, nous ne saurions, sans manquer à notre devoir, oublier les noms de nos maîtres, Landouzy, Budin, Terrillon, etc., de tous ceux, qui, de près ou de loin, ont contribué à notre instruction médicale, et nous ont, par la parole et par l'exemple, inculqué les devoirs du médecin. Que cette pensée, modeste souvenir, leur soit un gage de notre inaltérable reconnaissance.

Que M. le professeur Tillaux reçoive l'expression de nos sincères remerciements pour l'insigne honneur qu'il nous a fait de vouloir bien accepter la présidence de cette thèse.

CHAPITRE PREMIER

Historique.

La cholécystentérostomie ou entérostomie biliaire, c'est-à-dire abouchement de la vésicule biliaire avec l'intestin, est de date relativement peu ancienne. C'est en 1880 qu'elle prit naissance. Avant cette époque, la chirurgie des voies biliaires était presque à l'état embryonnaire, si on la compare à celle de nos jours : les ponctions de toutes espèces, l'ouverture des abcès, des quelques kystes hydatiques, parfois aussi de la vésicule biliaire elle-même, depuis que J.-L. Petit avait établi es règles de la cholécystotomie, et c'était tout.

D'aucuns (1) attribuent uniquement à Nussbaum le mérite de cette découverte; d'autres, plus justes, ajoutent à ce nom celui de Winivarter. Si en effet c'est Nussbaum (2) qui, en 1880, émit d'une façon précise la première idée de l'abouchement de la vésicule biliaire avec l'intestin, c'est Winiwarter (3) de Liège, qui le premier l'exécuta au cours de cette même année, ou peu après. Winiwarter, au moment où il opéra son malade, connaissait-il le travail de Nussbaum, c'est peu probable.

(1) Voir : O Kappeler, *Correspondanz. Blatt. f. Sch. Aer.*, 1er septembre, p. 513. — M. Denucé, *Tumeurs et calculs de la vésicule biliaire*. Th. ag. Paris, 1888, p. 135. — Mayo Robson, A case of cholecystenterostomy. *Royal med. and chir.*, 26 novembre 1889.

(2) Nussbaum, *Deutsche Chirurgie*, Lieferung 44, p. 94.

(3) Voir obs. I.

Car, outre qu'il n'en est fait mention nulle part, l'idée d'aboucher la vésicule à l'intestin, pour rétablir le cours normal de la bile, ne lui vint pas d'emblée à l'esprit. Ce n'est qu'après de nombreux essais infructueux, qu'il y fut amené et qu'il finit par réussir. Du reste, l'analyse succincte de cette observation, si justement célèbre, nous fera suivre les nombreuses péripéties subies, avant d'atteindre son but, par cette opération, dont on a dit, qu'on ne savait ce qui devait, en elle, « étonner le plus, de l'audace et de la tenacité du chirurgien, ou de la patience du malade (1) ».

Un malade est amené à Winiwarter avec tous les symptômes d'une rétention biliaire, due à une compression du cholédoque, de nature indéterminée. Après avoir vainement ponctionné à plusieurs reprises la vésicule distendue, et craignant une rupture de la vésicule dans le péritoine, ce qui eût pu amener une terminaison fatale, il rejette la cholécystotomie comme insuffisante, et ne trouve rien de mieux pour obtenir une guérison définitive que « d'établir une fistule artificielle allant de la vésicule biliaire à l'intestin, et de remplacer ainsi la communication naturelle entre ces deux organes (2) ».

Faisant alors une laparotomie, il suture la vésicule biliaire à l'anse intestinale la plus voisine, qui, dans ce cas, est le côlon, et fixe les deux organes ainsi réunis à la plaie abdominale. Quelques jours plus tard, pensant que les adhérences étaient suffisamment fermes, il cherche à établir une communication entre ces mêmes organes, et, dans ce but, il introduit à travers les parois biliaire et intestinale un trocart, qu'il

(1) M. Denucé, Th. ag., Paris, 1886, p. 137.
(2) Voir obs. I.

laisse à demeure pendant 8 jours. Mais le résultat ne répond pas à son attente, et ne produit que l'établissement d'une fistule biliaire externe.

Un mois après, nouvelle tentative et nouvel insuccès. Pendant les deux mois qui suivirent, le malade vécut ainsi avec sa fistule externe.

C'est alors (20 novembre 1880) que Winiwarter se décida à une nouvelle intervention, bien que le malade conservât un état de santé relativement satisfaisant. Il fait une nouvelle laparotomie, mais, cette fois, c'est l'intestin grêle, au lieu du côlon, qui se présente dans le champ opératoire, et Winiwarter, abandonnant le côlon, se décide à unir la vésicule à une anse grêle, comprenant tout l'avantage de ce nouvel abouchement.

Réunissant alors les deux organes par une ligne circulaire de points de suture, il fait, à l'aide d'un bistouri, une ponction dans l'intérieur du cercle de sutures à travers les parois biliaire et intestinale adossées, et il introduit dans l'intestin un gros drain dont l'autre bout ressort par la plaie. Cette fois le succès fut relatif. Huit jours après, le drain était retiré, et la bile finit par passer en petite quantité dans l'intestin. La fistule externe continuant à donner, on se décida à l'obturer par autoplastie (9 janvier 1881). Ce dernier résultat ne fut pas obtenu sans peine ; et, si la fistule biliaire externe parvint à se boucher, et si la bile pût enfin passer tout entière dans l'intestin, deux fistules stercorales s'étaient formées, qui nécessitèrent un an plus tard deux nouvelles opérations. Ce n'est donc qu'au mois d'avril 1882, c'est-à-dire presque deux ans après le début de l'intervention, que le malade fut complètement guéri.

Si nous avons longuement insisté sur cette observation, dont Winiwarter a tiré plusieurs enseignements pratiques, c'est qu'elle est de la plus haute importance. C'est en effet sur elle que repose toute l'histoire de la cholécystentérostomie.

Le retentissement qu'elle eut dans le monde médical, fut énorme. Mais les difficultés, qui avaient accompagné l'apparition de cette nouvelle opération, n'étaient pas d'un exemple très encourageant, et prouvaient en tous cas, qu'avant d'être introduite dans la pratique, de nombreuses modifications lui étaient nécessaires. Toutefois, la question était posée, et c'était là le point capital ; des travaux importants allaient surgir, destinés à la résoudre.

C'est d'abord George Harley (1), qui, en 1883, se basant sur des succès opératoires obtenus chez les animaux, propose d'établir une fistule entre la vésicule biliaire et le duodénum, en interposant entre ces deux organes de la potasse caustique, et en les réduisant ensuite dans l'abdomen.

En 1884, Gaston d'Atlanta, en Géorgie (2), publie un important travail, dans lequel il étudie l'obstruction du canal cholédoque par la lithiase, et les conséquences de cette rétention biliaire. Pour s'assurer qu'on a bien affaire à un calcul, l'auteur conseille de faire la laparotomie et d'ouvrir la vésicule qu'on explorera ensuite, ainsi que le cholédoque, à l'aide d'une sonde. On dilatera alors s'il y a un simple rétrécissement ; et, s'il est obstrué, on le débouchera à l'aide d'un trocart courbe. Si enfin l'on ne parvient pas au résultat attendu,

(1) George Harley, *Diseases of the liver*. London, 1883, p. 1110.

(2) J. M.F. Gaston, Obstruction of the gall. duct and its bad consequences with remedial operation suggested, *Gaillard's med. Journal*, octobre 1884.

on soulèvera la vésicule, en passant un fil dans les lèvres de son ouverture, on accrochera avec le doigt le duodénum au-dessous du cholédoque, on rapprochera les deux organes, et l'on passera à travers leurs parois ainsi adossées un fil d'élastique, qui se chargera de les sectionner, établissant ainsi une communication. On pourrait, au besoin, y ajouter une rangée de sutures destinées à renforcer les adhérences trop faibles. Enfin on fermera, en dernier lieu, l'orifice extérieur, pour forcer la bile à passer dans l'intestin. A l'appui de sa théorie, l'auteur communique les résultats obtenus par lui dans des opérations sur les chiens.

L'année suivante, 1886, le Dr François Colzi (1), aide de dissection au laboratoire d'anatomie pathologique de Florence, publie un travail qui marque une étape dans l'histoire de la cholécystentérostomie. Amené à étudier la question par plusieurs cas d'obstruction du cholédoque, suivis d'autopsie, dont un cas avec une fistule cystico-duodénale spontanée, Colzi fit sur des chiens de nombreuses expériences, qui lui permirent d'arriver aux conclusions suivantes : c'est que, dans l'abouchement de la vésicule biliaire et du duodénum, un simple rang de sutures de Lembert ne suffit pas pour obtenir une fistule persistante, tandis qu'au contraire on obtient un résultat complet avec deux rangs de sutures, l'un externe, l'autre interne, le premier fait de points de Lembert et n'intéressant que les tuniques séreuse et musculaire, l'autre réunissant les deux muqueuses. Quant au choix de l'anse intestinale, il conseille de s'adresser de préférence au duodénum.

(1) Francesco Colzi, La chirurgia operativa sulle vie Biliari e in specie della fistola colescisto intestinale. Dal giornale medico, *lo Sperimentale*, 1886, Firenze.

Ces conclusions tirées de l'expérimentation, il conseille de les appliquer chez l'homme, et ce sont ces indications, que mettront à profit dans la suite plusieurs chirurgiens (Monastyrki, Kappeler, Richelot, etc.). De là est né, ce qu'on appelle maintenant « le procédé de Colzi », que voici dans ses grandes lignes :

L'anse intestinale et la vésicule étant en contact, on réunit les deux organes par plusieurs points de suture de Lembert, situés d'une part sur la face inférieure de la vésicule, près de son fond, et d'autre part sur l'intestin au point opposé du mésentère. Ces premiers points de suture n'intéressent que la tunique séreuse de la vésicule et que les tuniques séreuse et musculaire de l'intestin. Après avoir serré ces sutures, on incise d'abord l'intestin, puis la vésicule, qui a été préalablement ponctionnée. Les ouvertures doivent être transversales de manière à présenter une lèvre antérieure et une postérieure. On jette ensuite sur les deux lèvres postérieures une suture continue, de manière à établir un contact parfait entre les deux muqueuses. Les lèvres antérieures sont ensuite réunies, mais cette fois par des points séparés. Pour compléter, on peut, au devant de la fistule, placer un rang de sutures de Lembert.

Tel est le procédé de Colzi qui fut vite connu du monde scientifique, et qu'on emploie encore à l'heure présente, bien que d'autres procédés aient essayé de s'y substituer.

Peu de temps après, en 1887, Gaston (1) lisait un second mémoire sur la question, à la séance annuelle de la *British medicale Association*, section de chirurgie. Des expériences qu'il

(1) J. M. Gaston. On the practicability of establishing an artificial fistulons opening in the human subject betwem the gall-Bladder and the duodenum. — *Gaillard's medical journal.* Mars 1887 et *British medical journal*, 1887.

avait faites sur les chiens, et des résultats obtenus, nous n'en retiendrons rien ; elles sont la confirmation des précédentes. Mais, ce qui est plus important, et ce qui mérite de fixer l'attention, c'est que l'auteur y trace l'historique et établit les indications de ce qu'il appelle « la duodéno-cholécystotomie ». Il établit ainsi les données suivantes avec lesquelles les chirurgiens vont désormais compter :

1° S'il y a une altération quelconque des parois de la vésicule, l'extirpation est indiquée.

2° Si les parois ne sont pas altérées, si, d'autre part, le canal cystique et le canal cholédoque peuvent être débarrassés de leur obstacle, ce sera la cholécystotomie qu'il faudra faire.

3° S'il y a une occlusion permanente du canal cholédoque sans obstruction du canal cystique, c'est la duodéno-cholécystotomie, qui sera l'opération de choix.

4° L'opération est facilitée par l'état de distension de la vésicule biliaire, qui vient se mettre en contact plus intime avec le duodénum.

Dès lors la cholécystentérostomie, dotée de ces indications, s'appuyant sur ces travaux, sortait de l'ère des tâtonnements et entrait de plain-pied dans le domaine chirurgical. Car tous ces résultats obtenus par l'expérimentation, toutes ces déductions de laboratoire pouvaient être appliqués à l'homme, l'opération de Winiwarter en était le garant.

Dans cette seconde période, période réellement chirurgicale, de l'histoire de la cholécystentérostomie, deux noms, Monastyrki et Kappeler, se disputent la priorité, deux chirurgiens l'honneur d'avoir fait la première cholécystentérostomie opérée avec succès. Mais bien qu'on ait en Allemagne l'habitude

de décorer la cholécystentérostomie du nom « d'opération de Kappeler », c'est en réalité à un médecin russe, le Dr Monastyrki que revient de droit la priorité sinon de publication, du moins d'opération. Car si Kappeler (1) publie son observation en septembre 1887, tandis que celle de Monastyrki (2) ne paraît qu'en 1888, l'opération du premier n'a été faite qu'en juin 1887, tandis que celle du second date du mois de mai de la même année.

L'année suivante en 1887, le professeur Socin (3), de Bâle, fit une opération semblable à celles de Monastyrki et de Kappeler. Ces trois observations ont de nombreux points de rapprochement : obstruction du cholédoque par une tumeur du pancréas, abouchement de la vésicule biliaire avec l'intestin grêle, emploi, comme moyen de sutures, du procédé de Colzi, enfin succès opératoire complet, bien que les deux premiers opérés fussent morts plus tard de l'évolution de leur cancer, et que la malade du professeur Socin n'eût pas été suivie.

Quant à l'opération, exécutée par Bardenhener (4), et qui dans l'ordre chronologique fait suite à celles dont nous venons de parler, nous ne savons pas quel procédé opératoire a été suivi par le chirurgien, l'observation n'ayant pas été publiée *in extenso*, mais elle se distingue des précédentes par l'ouverture de la paroi abdominale, qui a été faite en forme de porte à deux battants, le péritoine ayant d'abord été ménagé et décortiqué, ce qui permit de faire l'exploration trans-

(1) O. Kappeler, *Corresp. Blatt. fur. Schst. Aer.*, 1er septembre 1887.

(2) Monastyrki, *Chirurg. Westnik.*, 1888, nos de mai et de juin.

(3) Socin, *Jahresbericht über die chirurgische Abtheilung des Spitals zer Basel.* Wærhend des Jahres, 1887, p. 60.

(4) Voir obs. V.

péritonéale. La vésicule biliaire fut ensuite accolée au duodénum et l'ouverture consécutive des deux organes établie par le procédé recommandé par Gaston d'Atlanta, c'est-à-dire à l'aide d'une ligature élastique.

Mais pour nous, le seul fait intéressant à retenir, c'est le choix qui fut fait du duodénum. Bardenhener est le premier qui pratiqua, chez l'homme, la fistule duodéno-cystique.

Viennent ensuite le cas de Mayo-Robson (1) dont il n'a été publié qu'un résumé et qui n'offre d'original que cette particularité, que l'opération a été exécutée chez une femme déjà laparotomisée pour une salpyngectomie, et qu'elle fut faite uniquement dans le but de remédier aux inconvénients d'une fistule biliaire externe, puis l'observation de M. Terrier (2), qui fut étudiée dans la thèse d'un de ses élèves, M. le Dr Delagénière (3) et qui mérite d'arrêter un instant l'attention.

D'abord, comme dans le cas de Bardenhener, l'abouchement de la vésicule put avoir lieu avec le duodénum ; ensuite un nouveau procédé de fixation fut employé par M. Terrier. Ce procédé se résume dans la fixation de la vésicule au duodénum par un seul rang de sutures de Lembert, dont voici la disposition : les organes étant en contact, la face inférieure de la vésicule répondant à la face antéro-supérieure du duodénum, dix fils sont placés, huit sur les parties latérales des deux organes, formant ainsi deux rangées antéro-postérieures de quatre fils chacune, et les deux derniers fils sont disposés en bourse aux deux extrémités de l'espace compris entre les deux rangées latérales. Aucun des fils n'intéresse les muqueuses des

(1) Voir Obs. VI.
(2) Obs. VII.
(3) Delagénière. Th. Doct. Paris, 1890.

organes ; ce sont uniquement des points de suture séreux. Après avoir serré le fil postérieur, puis les fils latéraux en procédant d'arrière en avant, l'opérateur, écartant alors les deux parois accolées de ce quadrilatère sectionne avec la pointe d'un bistouri d'abord la vésicule, puis l'intestin, introduisant dans la fistule ainsi établie un bout de drain, qui, dans la suite, s'éliminera par les selles. Enfin le point antérieur est serré, et la cholécystentérostomie est faite.

Depuis l'observation de M. Terrier, plusieurs autres ont été publiées. Nous en avons recueilli quatre : d'abord celle de M. le professeur Tillaux (1), qui mérite d'être signalée, parce que l'opération a été exécutée en deux temps, et surtout par la manière dont fut établie la fistule entéro-biliaire. M. Tillaux ne se servit pas des procédés à suture, qu'avaient employés ses devanciers, il appliqua tout simplement le procédé usité pour couper l'éperon dans l'anus contre nature, c'est-à-dire qu'il serra les parois vésiculaire et intestinale entre les branches d'une pince. Au bout de 7 jours, à la chute de l'instrument, la fistule était formée.

Enfin, pour terminer, après l'observation de Kœrte (2) (janvier 1891) qui obtint un succès avec le procédé de Colzi, nous avons deux observations, dont nous pourrons, dans la suite, apprécier toute l'importance ; d'abord celle de M. Richelot (3), qui, bien qu'incomplète au point de vue opératoire, se recommande à l'attention par bien des points intéressants, et surtout par le fatal accident, qui en brusqua la terminaison ; puis, la dernière en date, du moins à notre connaissance,

(1) Tillaux, *Bulletin de la Société de chirurgie*, 16 avril 1890.
(2) Kœrte, *Berl. Klin. Woch.*, 1891, n° 24.
(3) Obs. 10.

l'observation de M. Reclus (1), si belle, si complète, si instructive à tous égards, et à laquelle nous ferons de fréquents emprunts dans le courant de cette thèse.

C'est l'ensemble de ces observations et surtout la lecture de ces dernières, ainsi que les discussions auxquelles elles ont donné naissance, qui nous ont décidé à mettre en lumière quelques-uns des enseignements qu'elles contiennent.

(1) Reclus, *Société de chirurgie*, 30 novembre 1892.

CHAPITRE II

Histoire de l'opération.

Nous n'avons pas l'intention de faire une étude détaillée de la cholécystentérostomie, son histoire est suffisamment connue pour nous éviter d'entreprendre une œuvre déjà faite et qui ne serait dans ces conditions qu'un travail de compilation sans aucune originalité. Comme nous l'avons déjà dit dans notre préface, notre prétention n'est pas d'élever un monument, mais seulement de faire quelques retouches à un monument déjà debout. Rechercher les faits nouveaux et les mettre en lumière, en reprendre quelques autres déjà connus, mais encore discutés : tel est notre but.

Mais pour la compréhension du sujet et pour la mise en valeur des questions sur lesquelles portera spécialement notre étude, il nous est indispensable de retracer à grands traits dans ses lignes principales l'histoire de la cholécystentérostomie. C'est cette esquisse, qui constituera ce chapitre.

Parcourant donc rapidement les différentes étapes de cette histoire, nous allons voir successivement les indications, la symptomatologie, les contre-indications de l'opération, l'opération elle-même, ses accidents et ses résultats, nous bornant à rappeler les faits sans les discuter.

I. — Indications.

La cholécystentérostomie n'est pas une opération, comme une ovariotomie ou une salpyngectomie, où le chirurgien, avant même d'ouvrir le ventre sait, à quelques détails près, ce qu'il va rencontrer sous son bistouri et la conduite qu'il va tenir, quelle opération, en un mot, il va exécuter. Ici le chirurgien est loin d'être fixé sur les lésions qu'il va trouver et sur ce qu'il devra faire pour y remédier. Il ne sait qu'une chose : c'est qu'il a affaire à une rétention biliaire, et qu'il faut la combattre.

Se bornera-t-il à faire une cholécystotomie avec ou sans fistule biliaire externe ? Devra-t-il rétablir le cours de la bile en levant l'obstacle ou en créant un autre débouché ? Fera-t-il la cholédochotomie ou la cholélithotripsie, la cholédocho-entérostomie ou la cholélystentérostomie ? Ce choix, il ne pourra le faire, que lorsque la cavité abdominale sera ouverte. Alors seulement il se décidera pour telle ou telle de ces opérations. Sa conduite lui sera imposée par des conditions de toutes sortes, portant sur la nature et le siège de l'obstruction, sur la possibilité d'atteindre ou non le cholédoque, sur l'hypertrophie du foie ou son volume normal, sur l'état de la vésicule biliaire, etc.

Ainsi, il est avant tout une indication générale que la cholécystentérostomie partage avec les autres opérations pratiquées sur les voies biliaires externes, c'est la rétention biliaire.

A côté de cette indication commune à plusieurs opérations, il en est d'autres, qui appartiennent en propre à la cholécystentérostomie, et qui motivent le choix qu'on fait de cette

intervention de préférence aux autres. Ces indications sont de deux sortes et ont été formulées ainsi (1) :

1° Dans tous les cas d'oblitération complète ou incomplète du cholédoque, lorsque la cause n'est pas un rétrécissement dilatable, un calcul possible soit à mobiliser par le cathétérisme, soit à enlever par la cholédochotomie, ou un cancer trop avancé, et lorsqu'il est avéré, que l'altération de la vésicule ou l'oblitération du canal cystique ne commandent pas soit une simple cholécystotomie, soit une cholédocho-entérostomie.

2° Dans certains cas de fistule biliaire permanente, lorsque l'occlusion du cholédoque se présente dans les conditions précitées et lorsque les changements de rapports de la vésicule ou l'altération de ses parois n'obligent pas à laisser les choses en l'état.

II. — Symptomatologie.

Il résulte de ce qui précède, que le malade, qui devra être opéré, se présentera sous l'aspect clinique caractérisant l'obstruction du cholédoque, c'est-à-dire avec tous les symptômes de rétention biliaire.

Ce sera un ictère souvent très prononcé, résistant à tous les traitements, accompagné de décoloration plus ou moins complète des matières fécales, et d'urines très foncées, donnant les réactions des pigments biliaires ; et un prurit cutané très intense et des plus désagréable pour le malade. L'examen physique pourra révéler une augmentation de volume du foie, qui dans certains cas atteint des proportions considérables ;

(1) P. Segond, *Traité de chirurgie*, tome VII.

et, dans l'hypochondre droit, au-dessous du foie, une tumeur, nettement fluctuante, plus ou moins volumineuse, suivant les mouvements du diaphragme, mobile latéralement et ayant son point culminant au-dessous de l'extrémité externe du dernier cartilage costal droit : c'est la vésicule biliaire distendue par du liquide.

Enfin le malade pourra présenter une douleur au niveau de la région du foie et des troubles digestifs variés, dus à la perturbation apportée à la digestion par l'absence de bile.

Quant à faire un diagnostic ferme et précis de la cause de l'obstruction, ce sera toujours impossible.

Tout au plus, dans certains cas, des accès de coliques hépatiques antérieurs pourront-ils laisser soupçonner la présence d'un calcul dans le cholédoque, et faire penser à une obstruction lithiasique.

Ajoutons que pour éclairer le diagnostic, on pourra utiliser la ponction de la vésicule ou mieux faire la laparotomie exploratrice.

III. — Contre-indications.

Les contre-indications sont d'abord toutes celles de la laparotomie ; et, parmi elles, on a insisté surtout sur l'affaiblissement progressif du malade, si marqué dans les obstructions du cholédoque dues au cancer de la tête du pancréas. Cependant chez des malades, opérés dans des conditions extrêmement désavantageuses, le résultat a été excellent.

Quant aux contre-indications particulières à la cholécystentérostomie, il n'est guère que l'atrophie complète de la vésicule, et l'altération marquée de ses parois qui puissent empêcher l'exécution de cette opération.

IV. — Opération.

Les préliminaires de la cholécystentérostomie sont ceux de toute laparotomie : la veille de l'opération, antisepsie rigoureuse du champ opératoire c'est-à-dire qu'on désinfecte autant que possible les parois abdominales, sur lesquelles on place jusqu'au lendemain un pansement antiseptique ; au moment de l'opération, nouvelle désinfection de la région avec du sublimé, de l'alcool, de l'éther, etc. Les instruments ont été stérilisés et sont maintenus dans une solution antiseptique. On s'entoure en un mot de toutes les précautions qu'on a coutume de prendre dans les opérations abdominales. Mais il y a quelque chose de plus ; suivant la remarque de M. Terrier, il est peu d'opérations abdominales qui exigent aussi nettement le secours de l'antisepsie intestinale. On la fait donc aussi rigoureuse que possible pendant les quelques jours qui précèdent.

Ces préparatifs étant faits, les compresses bouillies délimitant le champ opératoire, on commence l'opération.

On a décrit cinq temps à cette opération : l'incision des parois abdominales, l'exploration des voies biliaires, le choix de l'anse intestinale, l'établissement de la fistule, la fermeture de la paroi abdominale suivie du pansement.

1er *temps*. — Incision de la paroi abdominale. — Plusieurs variétés d'incision ont été employées dans les opérations exécutées jusqu'à présent.

On a fait successivement l'incision portant sur le point saillant de la tumeur, l'incision parallèle au rebord des fausses côtes, qui a l'avantage de donner beaucoup de jour, mais

aussi l'inconvénient de sectionner les muscles en travers, l'incision latérale verticale sur le bord externe du muscle droit, et enfin l'incision médiane au-dessus de l'ombilic, qui est l'incision de choix, parce que, tout en exposant moins aux hémorrhagies et aux éventrations consécutives, elle rend l'exploration plus facile. Le seul inconvénient qu'elle présente c'est de ne pas tomber sur la vésicule, quand celle-ci n'est pas très distendue ou est rejetée en dehors. Dans ce cas on est obligé de la compléter, comme l'a fait M. Reclus, par une incision transversale.

Nous ne citons que pour mémoire l'incision en volet de Bardenhener avec décollement de la séreuse et exploration transpéritonéale.

2e *temps*. — Exploration des voies biliaires : — L'abdomen une fois ouvert, et l'hématose faite avec soin, il faut s'orienter et se rendre compte des organes qui apparaissent dans la plaie. On cherche ensuite la vésicule biliaire, si elle ne se présente pas d'elle-même. On la ponctionne, ou on l'incise d'emblée, et l'on en fait sortir bile et calculs, tout en ayant soin de protéger le péritoine contre son contenu. Après l'avoir nettoyée aussi complètement que possible, on explore avec le doigt d'abord le canal cystique, puis le canal cholédoque, si l'hypertrophie du foie le permet. Pour être complet, on ajoute à cette exploration digitale le cathétérisme des voies biliaires. Ces différentes manœuvres ont plusieurs buts : d'abord celui de se rendre compte de l'état des conduits biliaires ; ensuite celui de rechercher le siège exact ainsi que la nature de l'obstacle, qui s'oppose au cours de la bile ; celui enfin de savoir si le canal cholédoque est accessible et si une opération (cholédochotomie, cholédocho-entérotomie, etc.) est possible sur lui.

Quant à l'endroit de la vésicule biliaire qu'on devra aboucher avec l'intestin, on choisit le fond parce que c'est le point le plus mobile.

Disons en passant que, si la vésicule est déjà fistuleuse, il vaut mieux ne pas utiliser la fistule, consacrer un temps spécial à sa fermeture, et établir la communication sur un autre point.

3e *temps*. — Choix de l'anse intestinale. — Après avoir acquis ces diverses notions et s'être résolu définitivement à pratiquer la cholécystentérostomie, on cherche alors à rapprocher le duodénum de la vésicule biliaire. Si l'on n'y parvient pas, par suite des adhérences ou de l'écartement trop grand des deux organes, on saisit alors une anse de l'intestin grêle, qui, sans effort et sans coudure, puisse être mise en contact avec la vésicule.

Ce contact établi, et les deux organes étant ainsi amenés en dehors de la plaie, on confie le tout à un aide et l'on se met en devoir de procéder à la création de la fistule.

4e *temps*. — Établissement de la fistule. — On a employé plusieurs procédés pour établir cette fistule cystico-intestinale. Nous les avons déjà décrits d'une façon sommaire, et il n'est pas dans notre programme de nous y étendre davantage. Qu'il nous suffise de rappeler qu'on peut employer deux procédés : celui de M. Terrier, consistant dans une seule rangée de sutures séreuses, et le procédé de Colzi offrant deux circonférences concentriques de sutures, l'une interne unissant les deux muqueuses, et formant le pourtour de la boutonnière, l'autre externe séreuse. Ce dernier procédé est préférable à l'autre, parce qu'il donne plus de sécurité. Du reste dans ces deux procédés, les sutures séreuses sont faites de points de

suture de Lembert et peuvent être exécutées indifféremment soit avec une fine aiguille, courbe, soit avec l'aiguille de Reverdin, modifiée par Collin, soit avec l'aiguille à pédale de Chaput.

Signalons enfin le procédé employé par M. le professeur Tillaux, dans son opération, procédé qui consiste à créer la fistule cystico-intestinale comme on crée un anus contre nature, c'est-à-dire à saisir entre les deux branches d'une pince les parois biliaire et intestinale et à laisser l'instrument en place jusqu'à ce qu'il tombe. Ce procédé oblige de faire l'opération en deux temps, car avant de créer la fistule, il faut laisser aux adhérences le soin de se constituer.

5e *temps*. — Fermeture de la paroi abdominale. — Drainage. — Pansement. — Après avoir fait la toilette du péritoine et rentré les organes, on ferme la paroi abdominale soit par une rangée unique de sutures, soit en pratiquant la suture par étage, soit en employant la suture mixte de M. Championnière. On peut faire le drainage de la plaie, ou bien ne pas y avoir recours, et, dans ce cas, fixer la vésicule à la paroi abdominale, comme l'a fait M. Terrier, mesure fort sage, qui est un minimum indispensable. On fait ensuite un pansement sec, qu'on laisse en place pendant 8 jours, à moins de complications.

Soins consécutifs. — Cette opération doit être suivie des soins qu'on donne habituellement à toute laparotomie, c'est-à-dire qu'on devra combattre les vomissements à l'aide de la morphine et de la glace, relever les forces du malade avec des grogs, le stimuler par des injections d'éther et des inhalations d'oxygène.

De plus, on surveillera les selles et les mictions, on com-

battra la paresse de l'intestin avec des purgatifs légers, on prescrira le régime lacté et on continuera l'antisepsie intestinale.

Accidents de l'opération. — Les accidents possibles consécutifs à l'opération sont ceux de toutes les laparotomies depuis les hémorrhagies de la paroi abdominale, parfois assez sérieuses, jusqu'à la péritonite localisée ou généralisée, due à l'infection de la séreuse abdominale, infection pouvant provenir soit d'une antisepsie mal faite, soit d'un écoulement de liquide septique ou toxique dans le péritoine.

Résultats de l'opération. — Les résultats immédiats de cette opération sont en général très sensibles. Ils consistent dans la disparition plus ou moins rapide des divers symptômes de la rétention biliaire.

Le premier de ces symptômes qui disparaît, c'est le prurit. Il cesse en général aussitôt l'opération. Les selles se colorent avec plus ou moins de difficulté suivant la perméabilité de la fistule et suivant la quantité de bile qui pénètre dans l'intestin. La décoloration des urines suit une marche analogue à celle de la coloration des matières fécales. Puis la peau reprend sa coloration et sa souplesse ; ce sont les muqueuses, qui perdent les dernières le pigment biliaire dont elles sont imprégnées.

Quant aux résultats définitifs, ils varient avec la cause de l'obstruction. Ils sont très satisfaisants et peuvent être durables chez les calculeux et chez ceux qui ont une sclérose soit du cholédoque, soit du pancréas. Et même chez les cancéreux, ils peuvent, quand l'opération est faite à temps, produire une certaine amélioration et une légère survie.

Les résultats anatomiques et physiologiques ne sont pas

moins remarquables. On sait, en effet, d'après le cas de Kappeler, que la vésicule se transforme en un véritable canal, par lequel s'écoule la bile, et dont l'orifice intestinal est défendu par des replis valvulaires disposés autour de la fistule.

Telle est, dans son ensemble, l'opération de la cholécystentérostomie. Nous allons passer maintenant à l'étude détaillée de trois points spéciaux de la question : le choix de l'anse intestinale, l'état de la vésicule et l'hémorrhagie possible au cours de l'opération. Ce sera la partie originale de ce travail.

CHAPITRE III

Choix de l'anse intestinale.

De tous les points de la cholécystentérostomie, un de ceux qui ont été le plus discutés, et sur lesquels il existe encore quelques divergences d'opinion, pratiquement tout au moins, est celui qui a trait à la portion de l'intestin, que l'on doit aboucher avec la vésicule biliaire.

Théoriquement tous les chirurgiens sont à peu près d'accord pour admettre que c'est sur le duodénum que doit porter le choix. Quoi de plus naturel ! C'est dans l'ampoule de Vater, c'est-à-dire dans le duodénum que s'abouche le canal cholédoque et que se déverse normalement la bile. Or à quoi est destinée la cholécystentérostomie, sinon à rétablir aussi parfaitement que possible le cours normal de la bile ? Ceci n'est pas contestable et n'est pas contesté. *A priori* le duodénum est le lieu d'élection.

Mais où l'accord est moins parfait, c'est quand on passe de la théorie à la pratique, quand le chirurgien quitte la table d'amphithéâtre pour passer à celle d'opération et qu'il se trouve aux prises avec des difficultés imprévues. Les uns recommandent l'abouchement duodéno-cystique, alors que la situation respective de la vésicule et du duodénum est complètement modifiée pour diverses raisons, et ils le recommandent même au prix de manœuvres plus ou moins dangereuses. Les autres, plus sages, et ils sont la majorité, se conten-

tent de l'abouchement duodénal, quand les rapports des deux organes sont intimes ou à peu près, et, dans le cas contraire, font choix de l'intestin grêle.

Quels sont donc les arguments qu'on invoque pour justifier une préférence si marquée en faveur du duodénum ?

Il y a d'abord une raison anatomique : c'est que les rapports normaux de la vésicule biliaire sont tels que la face inférieure est en contact direct avec la première portion, c'est-à-dire la portion mobile du duodénum. Il est inutile d'insister sur une raison aussi visiblement insuffisante. Car outre qu'on en pourrait dire autant de l'intestin grêle et même du côlon, qui eux aussi, sont en rapports directs avec la vésicule biliaire, il est évident que le chirurgien ne se trouve pas dans les mêmes conditions que l'anatomiste, et que les rapports d'un organe aussi mobile que l'intestin peuvent être singulièrement modifiés par la distension de la vésicule et l'hypertrophie du foie, quelquefois si considérable dans l'obstruction du canal cholédoque. Il n'y a qu'à parcourir toutes les observations publiées sur ce sujet pour s'en rendre compte.

Mais il est une autre raison, que nous allons examiner un peu, celle-là plus sérieuse et d'ordre physiologique : c'est le rôle de la bile dans l'intestin. Le rôle digestif de la bile est d'une importance indéniable, bien que des expériences faites sur des animaux, et des observations prises chez l'homme, aient établi que la suppression totale de la bile dans l'intestin était compatible, sinon avec la santé, du moins avec la vie, et bien que ce rôle lui-même soit encore pour les physiologistes matière à discussion. Mais que la bile ait une action réelle sur les graisses ou qu'elle serve seulement à balayer l'épithélium intestinal après la digestion, qu'elle ait même le rôle antisep-

tique, que lui prête M. le professeur Bouchard (1), sur le contenu de l'intestin, il est un fait que personne ne contestera, parce qu'il s'appuie sur de nombreux exemples, c'est l'état de santé précaire, dans lequel se trouvent les porteurs de fistule biliaire, et les troubles digestifs, auxquels ils sont sujets (constipation, flatulence, etc.).

Après cela, on comprend que l'on rejette de parti pris l'abouchement avec le côlon, qui n'aurait d'avantage sur la fistule biliaire, que supprimer l'incommodité même de cette fistule, sans rendre au malade le bénéfice de la bile dans la digestion.

Et cependant on y a eu recours à cet abouchement, et l'opération a même été suivie de succès (2).

Encore Robson n'a-t-il agi ainsi que contraint et forcé. Tandis que Williet (3) a été jusqu'à accorder la préférence au côlon. C'est ainsi qu'il recommande de choisir la partie du côlon, qui est en rapport normal avec la vésicule biliaire, c'est-à-dire l'angle que fait le côlon ascendant avec le côlon transverse, parce qu'il juge le duodénum trop profondément situé.

Pour lui la raison physiologique du rôle de la bile dans la digestion n'a aucune valeur, parce qu'il y a toujours à la suite des obstructions anciennes une atrophie des cellules hépatiques et par suite une altération plus ou moins marquée de la sécrétion du foie.

Cette altération du tissu hépatique, conséquence possible de la rétention biliaire prolongée, M. Reclus l'invoquait à nouveau, non pas comme un argument en faveur du choix du cô-

(1) Bouchard, *Thérapeutique des maladies infectieuses*, 1889, p. 270.
(2) M. Robson, V. Obs. VI.
(3) Williet, *Brit. med. Journ.*, II, 1886, p. 903.

lon dans l'entérostomie biliaire, mais comme indiquant la nécessité d'une intervention aussi précoce que possible.

« Dans les obstructions du canal cholédoque, disait M. Reclus dans des réflexions dont il faisait suivre la lecture de son observation, la rétention est absolue et équivaut à ces ligatures des canaux excréteurs des glandes si connues des expérimentateurs : on sait leur retentissement sur les épithéliums ; puis des cirrhoses graves peuvent en être la conséquence, et dans notre cas, nous avons vu combien la sécrétion biliaire avait diminué les premiers temps. Déjà elle s'est amoindrie ; le foie a repris son volume normal, et paraît fournir une quantité suffisante de bile. Mais le mouvement de retrait de l'organe pourrait ne pas s'arrêter, et l'atrophie est encore à redouter (1) ».

Mais si cette conséquence est possible, elle n'est pas fatale, et, jusqu'à preuve du contraire, elle n'est pas, à nos yeux, une raison suffisante pour justifier l'opinion de Williet. Car étant donnée l'impossibilité où nous sommes jusqu'ici de connaître l'état des cellules hépatiques au moment de l'opération, notre devoir est d'agir comme si elles étaient en bon état. C'est aussi l'opinion de M. le Dr Delagénière (2), qui élève encore d'autres objections contre l'abouchement de la vésicule biliaire avec le gros intestin.

« Je ne saurais souscrire à une pareille argumentation, dit-il en parlant de l'opinion de Williet, si les lésions se rencontrent dans certains cas d'obstructions anciennes, il n'en est pas moins vrai qu'elles n'existent pas dans les occlusions de date récente, dans les cas de calculs biliaires, lorsque la lithiase n'est pas très ancienne, etc. D'autre part, rien ne prouve

(1) Reclus, *Société de chirurgie*, 30 novembre 1892.
(2) Delagénière. Th. Doct. Paris, 1890.

que la lésion cellulaire est irrémédiable, et que la sécrétion normale de la bile ne pourra être rétablie, lorsque le cours de ce liquide sera assuré vers l'intestin. Le succès obtenu par Mayo Robson n'est pas une preuve suffisante, ainsi que le fait remarquer G. Hartley, la coloration des fèces chez cette malade ne prouve pas que les fonctions normales de la bile étaient accomplies. En outre ce fait qu'elle ne maigrissait pas n'est pas une preuve que la bile agissait comme à l'état normal. Ne sait-on pas en effet que pour empêcher de maigrir un chien atteint de fistule biliaire, il suffit d'augmenter la quantité de sa nourriture ? »

« Il est une objection, d'un autre ordre d'idées, qu'on pourrait faire à l'établissement de la fistule au côlon. Ne pourrait-on pas craindre en effet l'infection de la cavité de la vésicule par les microbes contenus dans cette portion d'intestin. A ce sujet, nous rappellerons l'opinion de M. Bouchard ».

« On sait, que depuis les travaux de Chauveau et de Watson-Cheyne, que les microbes sont d'autant plus nuisibles qu'ils sont plus nombreux. C'est ainsi qu'un petit nombre de bacilles de la septicémie de souris ne donne rien au cobaye. Une quantité modérée de ces bacilles ne donne à ce même animal qu'un abcès local. Une plus grande quantité amène rapidement la mort, sans qu'aucune lésion locale ait eu le temps de s'effectuer. On pourrait varier les exemples en citant la plupart des microbes connus ».

« On peut donc conclure de ce qui précède qu'un milieu quelconque peut d'autant mieux devenir le point de départ d'une infection soit locale, soit générale, qu'il sera plus riche en microbes ».

« Or, continue M. Bouchard, le tube digestif est la partie

du corps où l'on trouve le plus de microbes. Quelques espèces ne sont que de passage dans l'intestin ; d'autres espèces nombreuses l'habitent d'une façon continue. Les microbes sont en petite quantité dans l'estomac ; il y en a beaucoup plus dans l'intestin grêle, mais c'est dans le gros intestin qu'il en existe une quantité énorme ; on peut les évaluer parfois au tiers de la masse totale du contenu de cet intestin ».

« Aboucher la vésicule biliaire dans le gros intestin, n'est-ce pas s'exposer à l'infection de la ligne de réunion des deux boutonnières, ce qui pourrait avoir pour résultat la formation d'un abcès intra-péritonéal. En outre, les microbes de l'intestin ne pourraient-ils pas envahir la vésicule, et consécutivement le foie par l'intermédiaire des canalicules biliaires ou par les réseaux lymphatiques ? »

« Le malade de Winiwarter est à notre sens la démonstration vivante de ce fait. On tente chez lui l'établissement d'une fistule biliaire dans le côlon ; la région s'infecte par les microbes du contenu de l'intestin et consécutivement toutes les interventions tentées sur ce malade et dans cette région infectée s'accompagnent d'accidents septiques ».

M. Delagénière pourrait rappeler à l'appui de sa thèse, cette expérience de Colzi, lequel avait pratiqué chez un chien une fistule entre la vésicule et le côlon. L'animal mourut d'abcès et de péritonite, accidents que Colzi attribua à la pénétration dans les voies biliaires de matières fécales ayant subi un plus grand degré de putréfaction.

Si nous avons cité cette page toute entière du travail de M. Delagénière, c'est que nous croyons ses hypothèses absolument plausibles, et que, comme lui, nous pensons qu'il

faut « se rapprocher autant que possible de l'estomac, et choisir, si on le peut le duodénum. »

Mais, où nous ne sommes pas complètement de son avis, c'est quand, invoquant les rapports normaux des organes, et se basant sur des expériences faites sur le cadavre, expériences qui lui ont démontré l'avantage de l'incision médiane sus-ombilicale amenant directement sur le duodénum, dont la mobilité lui a toujours permis de le réunir à la vésicule biliaire, M. Delagénière laisse entendre que, si parfois la vésicule est trop adhérente pour permettre ce rapprochement, celui-ci est possible dans la plupart des cas. Il oublie trop, en effet que les conditions dans lesquelles il a opéré, ne sont pas celles où se trouve le chirurgien, que les rapports anatomiques ont ordinairement disparu, du fait surtout de la distension de la vésicule et de l'hypertrophie du foie, et qu'il faut compter non seulement avec les adhérences de la vésicule, mais aussi avec l'éloignement des deux organes, qui peut être considérable. Et il suffit, pour se rendre compte des difficultés d'opérer sur le duodénum de passer en revue les observations publiées.

Sur les 11 cas réunis, quatre fois on s'est servi du duodénum et 7 fois du reste de l'intestin. Il nous faut rechercher, d'une part les difficultés, qui dans ces 7 derniers cas ont empêché le rapprochement de la vésicule et du duodénum, et d'autre part, les conditions, qui, dans les autres cas, ont permis d'effectuer ce rapprochement.

Des 7 observations dans lesquels on aboucha la vésicule avec une partie de l'intestin autre que le duodénum, il en est 4 (Observ. de Winiwarter, de Monastyrki, de Socin, de Tillaux) où l'opérateur s'empara de l'anse grêle la plus voisine.

sans paraître s'être inquiété du duodénum. En tous cas, il n'en est pas fait mention dans les observations.

Dans les trois autres cas, au contraire, le chirurgien malgré le désir qu'il en avait, dut renoncer à arrêter son choix sur cette première portion de l'intestin grêle.

« Il ne pouvait être question, dit Kappeler (1), de créer une petite fistule avec le duodénum, à cause de sa situation profonde par suite de l'augmentation et du volume du foie. Je me décidai donc par conséquent à choisir comme lieu d'élection pour l'arrivée de la bile dans l'intestin grêle l'anse la plus proche et qui pouvait être accolée à la vésicule biliaire sans traction et sans coudure de l'intestin ».

Pour Robson (2), c'est autant l'adhérence des organes que leur situation respective, qui l'engagent à pratiquer l'abouchement avec le côlon : « Le ventre fut ouvert sur l'ancienne cicatrice au niveau de la ligne semi-lunaire droite. Les viscères furent trouvés tellement fusionnés ensemble dans le voisinage de l'ouverture qu'il paraît impossible de fixer la vésicule au duodénum. Par contre, le coude hépatique du côlon était parfaitement à portée, la vésicule y fut fixée par une double rangée de sutures au catgut préparé dans l'acide chromique ». Enfin voici l'observation de M. Reclus (3), qui indique aussi clairement que possible la difficulté qu'on peut rencontrer et qu'en réalité on rencontre fréquemment dans le choix de l'anse intestinale : « La vésicule et le canal cystique, explorés du doigt, sont libres, mais le cholédoque, vers la tête du pancréas, est nettement oblitéré par un calcul

(1) Voir obs. III.
(2) Obs. VI.
(3) Obs. XI.

du volume d'une noix ; il est si enclavé et si profondément situé que toute intervention nous paraît impossible. Nous cherchons alors le duodénum, peu accessible aussi, et nous voyons qu'on ne saurait le rapprocher de la vésicule. Il en est de même de la première anse jéjunale ; aussi prenons-nous une anse grêle quelconque qui puisse sans traction dangereuse être mise en contact avec la vésicule ».

On voit, par ces exemples, que toutes les fois qu'on n'a pas réussi à créer une fistule duodéno-cystique, on a dû l'insuccès soit à l'éloignement seul des organes, soit à leur éloignement accompagné de leurs adhérences. Pourquoi, malgré cela n'y est-on pas parvenu ? N'a-t-on pas essayé de briser ces résistances ? D'autres enfin, dans les mêmes conditions ont-ils été plus heureux, et sont-ils parvenus à vaincre ces difficultés ? C'est ce que nous allons maintenant rechercher en analysant les observations qui nous fournissent des succès dans l'établissement d'une fistule duodéno-cystique. Malheureusement ces succès ne sont pas nombreux ; encore devrons-nous en restreindre le nombre, et sur quatre cas que nous fournit la science, laisserons-nous de côté ceux de Bardenhener et de Kœrte, qui se contentent d'enregistrer le fait accompli, sans l'accompagner des détails nécessaires, soit sur les adhérences possibles, soit sur la situation des viscères. Il ne reste que les observations de MM. Terrier et Richelot, dont nous pourrons tirer parti. Examinons-les donc.

Dans le cas de M. Terrier (1), la vésicule et le duodénum avaient conservé des rapports presque normaux : « Je ne vois qu'une chose à tenter, c'est la formation de la fistule permanente entre la vésicule biliaire et le duodénum. »

(1) Obs. VII.

« La face inférieure de la vésicule biliaire répond presque directement à la face antéro-supérieure de la première portion du duodénum, c'est en ce point que je résolus de faire cette fistule. Ce point était à environ 3 centimètres du pylore, orifice facile à reconnaître par sa consistance et le sillon qu'il présente ».

Donc rien de plus facile : le duodénum en contact avec la vésicule, pas de tractions à opérer, pas d'adhérences à rompre, c'est l'idéal. Si tous les cas étaient semblables à celui-ci, ce serait parfait; la question serait tranchée depuis longtemps, ou plutôt elle n'aurait même pas été posée. Reste à savoir combien de fois ces mêmes conditions se représenteront ; si l'on en juge par l'expérience, ceux qui les croiraient très fréquentes, pourraient s'exposer à des désillusions.

Elles n'étaient pas les mêmes, ces conditions, dans le cas de M. Richelot (1), mais le résultat final non plus ne fut pas le même :

« Je la fis assez longue (l'incision) pour me donner du jour, environ 10 centimètres ; puis je me débarrassai de quelques adhérences, qui voilaient les organes, et j'arrivai, *non sans peine* à reconnaître le pylore, le duodénum, la vésicule. J'aurais bien voulu percevoir, à l'aide du toucher, l'état des canaux vecteurs de la bile ; mais l'exploration n'est pas facile dans cette région sans fond, pour ainsi dire, où manquent les points d'appui et de repère, où nos doigts n'ont pas l'habitude de se conduire. Bref, je ne sentis pas nettement le cholédoque, et je passai outre. La vésicule et le duodénum étaient loin l'un de l'autre ; le foie ne descendait pas, l'intestin était fixé dans la profondeur. Je les traitai avec douceur et patience,

(1) Obs. X.

comme nous le faisons pour les organes du petit bassin, où les situations les plus inextricables se débrouillent peu à peu. Je tenais absolument à faire une communication cystico-duodénale, sachant qu'il faut éviter l'abouchement avec le côlon, parce qu'il laisse tout l'intestin grêle en dehors du cours de la bile, et ne prendre que faute de mieux une anse voisine du jéjunum. Au bout de quelques minutes, le duodénum était mobilisé, la vésicule s'approchait de la ligne médiane, et je pouvais les mettre en contact. »

En lisant ces quelques lignes, il semblerait que les partisans « quand même » de l'abouchement avec le duodénum eussent absolument raison. Car, ici, nous sommes loin des conditions parfaites, qu'avait rencontrées M. Terrier. Nous sommes mêmes à l'opposé de ces conditions, puisque nous avons à la fois et des adhérences sérieuses et un écartement d'organes considérable. Mais je ne sais pas jusqu'à quel point il nous est permis de nous appuyer sur une observation, en réalité, incomplète. Car, après tout, l'opération s'est arrêtée là, terminée par une hémorrhagie mortelle. Il n'y a pas eu communication de la vésicule avec l'intestin et par suite pas de cholécystentérostomie.

Et même, malgré cela, si nous avions, au seul point de vue qui nous occupe, un enseignement à en tirer, il ne serait certes pas en faveur de l'abouchement duodénal.

D'abord il semble que le contact des deux organes obtenu n'était aussi parfait que l'auteur veut bien le dire ; en tout cas, il était insuffisant pour faire face aux exigences de l'opération, puisque le chirurgien est obligé, un instant après, « pour traiter le duodénum », comme il le dit lui-même, de faire sur la vésicule de légères tractions à la suite desquelles

se produisit l'accident. Et si les tractions opérées sur le duodénum ne semblent être matériellement pour rien dans celui-ci, il est possible que si M. Richelot n'avait pas « tenu absolument à faire une communication cystico-duodénale », et s'il se fut contenté de choisir l'anse grêle la plus voisine, des tractions sur la vésicule eussent pu être évitées, et que l'hémorrhagie n'eût pas eu lieu. Rien ne nous prouve, en tous cas, que si les tractions sur le duodénum ont été innocentes, il en sera toujours ainsi, et que, dans d'autres opérations, elles ne deviendront pas un véritable danger. Pourquoi donc s'acharner à vouloir choisir à tout prix le duodénum, quand les circonstances ne s'y prêtent pas ? Pourquoi ne pas tout simplement se contenter de l'intestin grêle, qu'on a sous la main, pour le plaisir de compliquer, sans profit pour le malade, une opération déjà si délicate ? En faisant choix de l'anse grêle la plus rapprochée du duodénum et qui puisse être sans traction mise en contact avec la vésicule biliaire, le malade s'en portera-t-il plus mal ? nous ne le croyons pas.

En agissant ainsi, nous remédions dans la mesure du possible à l'obstruction biliaire ; la bile déversée dans l'intestin grêle, un peu plus bas qu'à son embouchure normale, n'en reprendra pas moins son rôle dans la digestion. Et je ne veux pour preuve de cette assertion que les résultats obtenus dans les cholécystentérostomies portant sur l'intestin grêle, dont les suites opératoires ont été satisfaisantes, bien que plusieurs des opérés soient morts plus tard des suites du cancer pancréatique dont ils étaient atteints. Cette opinion, du reste, s'abrite derrière l'autorité de M. le Dr Reclus (1) qui soutient la même thèse dans les considérations dont il fait suivre l'exposé

(1) Reclus, *Société de chirurgie*, 30 novembre 1892.

de son observation : « Il fallait pratiquer l'entérostomie biliaire : le lieu d'élection de l'anastomose eut été le duodénum et l'on sait que ce mode d'abouchement a pu être mené à bien. Mais dans notre cas, il ne fallait pas y songer : le duodénum était trop profondément situé par rapport à la vésicule rejetée en dehors et en avant par l'hypertrophie du foie. M. Richelot nous dit bien que, avec beaucoup de douceur et de patience « la situation la plus inextricable se débrouille ». D'abord je doute que, dans l'espèce, ces deux vertus eussent suffi, et puis, pour la douceur, c'est bien, elle ne coûte qu'au chirurgien, mais la patience, c'est autre chose, elle s'exerce aux dépens du malade et peut se traduire par un choc opératoire plus intense. Or ici, ce choc n'était pas indifférent, on se le rappelle, notre malade était assez affaibli pour que, dans sa dernière consultation, Czerny ait, de ce fait, déconseillé toute intervention chirurgicale ».

« Je cherchai alors la première anse jéjunale, mais toujours pour les mêmes causes, et grâce à la même hypertrophie du foie, elle ne put être mise au contact de la vésicule ; je n'avais donc plus le choix, et saisissant l'anse grêle la plus voisine, c'est sur elle que je pratiquai la bouche biliaire. L'opéré en a-t-il souffert quelque dommage ? Nous ne le croyons pas. Le premier mois les matières étaient brunes et mal digérées : mais il s'agissait là de sécrétion trop faible, d'un certain degré d'acholie et non d'un brassage imparfait et trop court du bol alimentaire avec les substances digestives de la bile. En effet, dès que la sécrétion est devenue plus abondante, les matières fécales ont pris un aspect normal. Aussi disons-nous que si le lieu d'élection est évidemment le duodénum, on peut se résoudre, sans trop de regret, à prendre l'anse grêle la plus

voisine, — et c'est le cas dans la plupart des observations publiées ».

En dernière analyse, il ressort de toute cette discussion, que, dans les cas d'obstruction du canal cholédoque, lorsque la vésicule biliaire et le duodénum sont en contact ou à une faible distance l'un de l'autre, comme dans le cas de M. Terrier, l'abouchement cystico-duodénal est tout naturellement indiqué. Quant au contraire les deux organes présentent un notable écartement, deux conduites peuvent être tenues : ou bien exercer, comme M. Richelot, des tractions sur le duodénum ; ou bien s'adresser, à l'intestin grêle, comme l'a fait M. Reclus. Entre ces deux partis, nous n'hésiterons pas un instant ; entre l'incertitude du premier et la sécurité du second, l'hésitation n'est pas permise. Nous prendrons le dernier parti, comme étant plus prudent et tout aussi efficace.

Repoussant donc absolument l'abouchement avec le gros intestin, nous dirons que, dans la cholécystentérostomie, le choix de l'anse intestinale devra porter de préférence sur le duodénum, à la condition expresse toutefois que cet organe sera en rapport direct avec la vésicule biliaire, ou qu'il n'en sera si peu éloigné que le contact sera réalisable sans traction ; sinon on aura recours à l'anse grêle, à la fois la plus rapprochée du duodénum et la plus voisine de la vésicule.

Telles sont nos conclusions.

CHAPITRE IV

État de la vésicule.

L'état de la vésicule biliaire dans la cholécystentérostomie est intéressant à étudier à un double point de vue : celui de son volume, et celui de ses parois, c'est-à-dire des modifications pathologiques, qu'elles ont pu subir.

Et d'abord son volume. La vésicule se présente-t-elle d'elle-même à l'ouverture abdominale, ou bien nécessite-t-elle de la part de l'opérateur des recherches particulières? Peut-il y avoir, en un mot, du fait de son volume une difficulté opératoire?

Il n'est besoin, pour résoudre la question, que parcourir les diverses observations recueillies. Nous voyons, en effet, que sur 11 cas, sept au moins (obs. II, III, IV, V, VII, VIII, XI) relatent que la vésicule biliaire était augmentée de volume, assez distendue pour nécessiter une ponction, deux autres (obs. VI et IX) dans lesquels il n'est même pas fait mention de l'état de la vésicule, et un seul (observ. X) où elle contenait quelques calculs et « trop peu de liquide pour que l'aspiration fut nécessaire ». Enfin, nous devons citer à part le cas de Winiwarter (1), dans lequel la vésicule, d'abord extrêmement distendue, nécessita plusieurs ponctions, puis se rétracta plus tard à la suite d'une première tentative opératoire.

(1) Voir obs. I.

Dans la question qui nous occupe, la vésicule biliaire ne se présente jamais à l'état normal. Ou bien elle est plus ou moins distendue, par une bile en général altérée, et c'est le cas le plus fréquent ; ou bien elle est plus ou moins rétractée, quelquefois même complètement atrophiée.

On a même voulu faire jouer à ces variations de volume de la vésicule un rôle relativement considérable dans le diagnostic étiologique des obstructions du canal cholédoque. On a dit que la dilatation de la vésicule était la règle dans le cancer du pancréas, tandis que, dans l'obstruction lithiasique, c'est l'atrophie qui dominait. C'est du moins ce qui ressort de faits nombreux réunis par M. Terrier dans son récent mémoire sur la *cholédochotomie proprement dite*. Nous savons qu'on a protesté contre la portée trop générale donnée à cette conclusion, et qu'on a cité plusieurs observations de rétrodilatation des voies biliaires dans la lithiase. Mais M. Terrier fait justement remarquer que, dans les cas où le calcul siège dans le canal cystique, il peut y avoir dilatation de la vésicule, et que la plupart des faits qu'on lui oppose, ont trait à des cas de ce genre. Il ne nous appartient pas de trancher la question ; nous n'avons ni l'expérience suffisante, ni les documents nécessaires pour le faire. Nous avons tenu simplement à signaler une question récemment soulevée, et que l'avenir seul pourra résoudre.

Ainsi donc, dans la rétention biliaire, ce volume de la vésicule est toujours modifié dans un sens ou dans l'autre ; c'est un fait acquis. Mais ces modifications sont-elles favorables ou défavorables, sont-elles pour le chirurgien, un avantage ou un inconvénient ? Là est le point intéressant de la question.

Envisageons d'abord le cas où la vésicule est distendue,

et voyons si, parmi les observations que nous possédons, nous en trouvons seulement une, où, du fait même de cette distension, le chirurgien ait éprouvé quelque difficulté. Nullement. Il semble même au contraire y avoir là un réel avantage ; car alors souvent la vésicule se présente d'elle-même à l'incision abdominale, quelle que soit d'ailleurs l'incision à laquelle on ait eu recours ; nous n'avons qu'à prendre quelques-unes des observations pour nous en convaincre. Voici, à ce sujet, ce que dit Winiwarter (1) : « Après l'ouverture de la cavité péritonéale, j'aperçus la paroi de la vésicule qui était très tendue et presque transparente. Le côlon ascendant était contigu à tout le bord interne de la tumeur. La vésicule distendue avait poussé devant elle le feuillet pariétal du péritoine, et c'est ainsi que le côlon avait été détaché de la paroi postérieure de l'abdomen, et attiré en avant et en dedans. Le feuillet pariétal du péritoine recouvrait maintenant la paroi antérieure de la vésicule ». L'observation de Kappeler est aussi précise (2) : « On aperçoit de suite à travers la plaie, le foie et la vésicule biliaire fortement distendue. Elle a la forme d'un œuf d'oie, qui reposerait sur sa pointe ». Celle de Socin, de même (3) : « A la partie inférieure de la plaie, on aperçoit de suite la vésicule biliaire ».

On pourrait peut-être croire que, si la tumeur s'est présentée ainsi d'elle-même, dans ces trois opérations, cela tient à ce que l'incision a été faite latéralement soit sur la tumeur elle-même, soit sur le bord externe du muscle droit. Écoutons alors M. Terrier (4), qui, lui, a fait l'incision sur la par-

(1) Observ. I.
(2) Observ. III.
(3) Observ. IV.
(4) Observ. VII.

tie sus-ombilicale de la ligne médiane : « L'abdomen ouvert, on aperçoit sous la face inférieure du foie, la vésicule biliaire très distendue par du liquide ».

Pourtant il n'en est pas toujours ainsi et M. Reclus fut moins favorisé (1) : « Une incision de 14 centimètres environ est pratiquée sur la ligne médiane, 7 centimètres au-dessus, 7 centimètres au-dessous de l'ombilic ; nous arrivons sous le foie énorme et d'une couleur brune très foncée ; sur son rebord mousse apparaît la vésicule biliaire ; son volume dépasse les deux poings, et comme elle est rejetée en dehors, nous devons pour l'atteindre nous donner du jour, et, à notre incision verticale, nous ajoutons un débridement transversal ». Dans ce cas, si la vésicule ne s'offrit pas d'elle-même ; son volume permit de la trouver aisément. La difficulté eût été autrement grande, si la vésicule avait été atrophiée !

La distension de la vésicule biliaire est donc d'une utilité incontestable, mais elle pourrait devenir, surtout dans les cas d'excessive tension, un grave inconvénient, si l'on n'y remédiait par la ponction, en soustrayant le contenu liquide en partie ou en totalité.

D'abord une rupture serait possible ; et l'on sait tout le danger que peut faire courir l'effusion dans le péritoine de cette bile plus ou moins altérée. Ensuite on risquerait d'avoir de grandes difficultés, pour faire passer entre ses parois amincies les fils nécessaires aux sutures. Cette crainte, Winiwarter (2) la formulait ainsi dans son observation : « une nouvelle difficulté se présentait ; la paroi de la vésicule était

(1) Observ. XI.
(2) Observ. I.

tellement mince, qu'il ne paraissait guère possible d'y passer des fils de suture sans la déchirer ».

« Pour diminuer la tension, je ponctionnai, maintenant en arrière, à travers la paroi abdominale restée intacte ».

Mais si, au point de vue de la recherche de la vésicule biliaire, la distension offre au chirurgien un réel avantage, il n'en est pas de même de l'atrophie ou même simplement de la rétraction.

Pour nous en convaincre, nous n'avons qu'à prendre les deux observations qui peuvent nous renseigner à cet égard, celle de M. Richelot et celle de Winiwarter.

« Je la fis assez longue, dit M. Richelot (1) en parlant de l'incision médiane qu'il avait choisie, je la fis assez longue pour me donner du jour, environ de 10 centimètres ; puis je me débarrassai de quelques adhérences qui voilaient les organes, et j'arrivai, *non sans peine*, à reconnaître le pylore, le duodénum, la vésicule. J'aurais bien voulu percevoir, à l'aide du toucher les canaux recteurs de la bile ; mais l'exploration n'est pas facile dans cette région sans fond, pour ainsi dire, où manquent les points d'appui et de repère, où nos doigts n'ont pas l'habitude de se conduire. Bref, je ne sentis pas nettement le cholédoque, et je passai outre ».

Nous avons tenu à citer en entier ce paragraphe, pour bien montrer que dans certains cas, la recherche et l'exploration du système biliaire, y compris la vésicule, peuvent ne pas être précisément faciles.

Mais ce n'est pas seulement l'exploration, qui, du fait de la rétraction peut être rendue difficile, c'est aussi la réunion de cette vésicule à l'intestin, qui offre plus de difficulté, que lors-

(1) Obs. X.

qu'on se trouve en présence d'une vésicule distendue. C'est ce que put constater Winiwarter au moment de sa deuxième intervention :

« Cette fois-ci ses parois (de la vésicule) n'étant pas aussi minces, il n'y eût pas à craindre une déchirure par les fils ; mais une autre difficulté se présenta. Le volume de la vésicule avait beaucoup diminué par l'écoulement continuel du produit de sécrétion. La vésicule s'était retirée dans la profondeur, et la réunion de l'intestin à la partie la plus reculée de la vésicule fut rendue très difficile ».

Il est ainsi démontré que la rétraction plus ou moins accentuée de la vésicule biliaire peut présenter tant au point de vue de la recherche qu'à celui de l'abouchement intestinal, une double difficulté opératoire. Et ces difficultés possibles sont d'autant plus explicables, que dans les cas où la cholécystentérostomie est indiquée, on peut trouver le foie hypertrophié.

Or cette hypertrophie, qui n'a pas de conséquences quand la vésicule est elle-même hypertrophiée peut en avoir dans le cas contraire.

Aussi nous vient-il tout naturellement à l'esprit une question, qui est le corollaire de cet ordre d'idée.

L'hypertrophie du foie est-elle fréquente dans l'obstruction du canal cholédoque ?

Cette question de l'hypertrophie hépatique dans la rétention biliaire a été reprise dans ces derniers temps, et, actuellement, est encore un sujet de discussion.

L'hypertrophie du foie, a-t-on dit, est presque aussi fréquente dans la lithiase, qu'elle est rare dans les néoplasmes de la tête du pancréas.

Cette proposition a été combattue par M. Terrier qui est venu apporter des faits d'hypertrophie hépatique dans des cas de cancer du pancréas. Nous ne savons pas dans quelles limites nous devons souscrire à cette opinion, mais si nous nous en rapportons aux observations que nous avons sous les yeux, elle ne nous semble pas rigoureusement vraie. Nous voyons d'abord que dans cinq observations (observation de Monastyrki, Kappeler, Terrier, Richelot, Reclus) l'hypertrophie du foie a été relatée. Or, parmi ces cinq cas, deux au moins ont trait à des cancers de la tête du pancréas.

Si nous nous sommes permis cette digression, c'est que, outre l'intérêt actuel qu'elle présente, cette question de l'hypertrophie de la glande biliaire, est venue d'elle-même se greffer sur celle de la rétraction de la vésicule, dont elle est le corollaire. Elle nous montre que l'exploration des voies biliaires, déjà si délicate à l'état normal, sera rendue par les dimensions exagérées du foie plus délicate encore, que la recherche de la vésicule en particulier, pourra être plus ardue qu'elle ne l'eût été, si les organes avaient gardé leurs proportions, au point de nécessiter, comme dans le cas de M. Reclus, la modification de l'incision abdominale.

Ainsi la rétraction de la vésicule biliaire, aidée surtout par l'hypertrophie du foie, peut exposer le chirurgien à certaines difficultés, qui, pour ne pas être fréquentes, n'en méritent pas moins d'être signalées. Il y a d'ailleurs des degrés dans la rétraction ; elle est plus ou moins accentuée ; on cite même des cas où elle est si prononcée, que la bile n'arrive plus jusqu'à la vésicule. C'est l'atrophie complète.

Du reste cette question de la rétraction est complexe, les parois des vésicules rétractées étant toujours plus ou moins

altérées. Nous sommes amenés ainsi à parler de l'état des parois de la vésicule biliaire dans la cholécystentérostomie.

Dans l'obstruction du canal cholédoque les parois biliaires peuvent-elles être altérées? Le sont-elles fréquemment, et dans quels cas le sont-elles?

Autant de points intéressants et encore bien peu connus, sur lesquels les documents nous font défaut. Disons seulement que dans les cas de rétraction, les parois de la vésicule sont généralement altérées, à un degré variable évidemment, mais qui peut être suffisant pour produire des accidents, comme dans le cas de M. Richelot, et pour forcer le chirurgien à recourir à tout autre opération biliaire qu'il jugera convenable, cholédochotomie, cholélitotripsie, etc., sur lesquelles nous ne saurions insister sans sortir du cadre que nous nous sommes tracé.

Dans ces cas, l'atrophie des parois de la vésicule devient une contre-indication de la cholécystentérostomie.

Si nous avons soulevé cette question, sans y insister davantage, c'est que nous allons y revenir dans le chapitre suivant.

Mais auparavant il nous faut conclure. Or l'enseignement qui se dégage tout naturellement est le suivant: c'est que l'état de la vésicule doit entrer en ligne de compte dans la cholécystentérostomie; que, si sa distension peut être un avantage pour l'opérateur, sa rétraction est un inconvénient; qu'il faut considérer l'état pathologique possible de ses parois, si l'on ne veut pas s'exposer à de graves mécomptes, comme nous allons le voir.

CHAPITRE V

Hémorrhagie.

Nous avons maintenant à signaler un accident qui, pour être unique dans l'histoire encore récente de la cholécystentérostomie, n'en doit pas moins fixer très sérieusement l'attention. Il s'agit de l'hémorrhagie qui vint couper court l'opération de M. Richelot. Voici du reste la partie de l'observation, qui a trait à cet accident (1) :

« Il s'agissait maintenant de protéger le péritoine avant de rien ouvrir. Je disposai des éponges montées autour de la vésicule, puis je l'incisai d'emblée au bistouri, car elle paraissait contenir surtout des calculs et trop peu de liquide pour que l'aspiration fût nécessaire. En effet je retirai des calculs en grand nombre, et je ne m'arrêtai qu'après l'avoir vidée aussi entièrement que possible.

« Pour traiter le duodénum, je saisis et n'arrive qu'à déchirer, sans aucune violence, le tissu friable de la vésicule au niveau de son col. Une pince, introduite avec douceur, croit sentir un calcul, le saisit et glisse : à ce moment, le champ opératoire est envahi par le sang, et je pense avoir blessé une grosse veine longeant le col de la vésicule. L'hémorrhagie est assez sérieuse pour me faire renoncer à toute tentative nouvelle ; impossible d'aller à la recherche d'un vaisseau dans la fente étroite, qui représente le champ opératoire ; je n'ai plus qu'à

(1) Observ. X.

faire un tamponnement rapide iodoformé, à refermer le ventre au plus vite et à l'envelopper d'un pansement bien serré.

« La malade mourut au bout d'une heure. A l'autopsie, l'abdomen était rempli de sang : ma pince avait saisi la branche droite de l'artère hépatique au niveau d'une plaque d'athérome, et déchiré la paroi. Il y avait une oblitération fibreuse complète du canal cholédoque et du canal cystique ; le foie était volumineux, gorgé de bile et profondément altéré. La mort n'eut pas tardé à venir, et mon intervention dernière n'avait fait que la hâter de quelques semaines ».

Que ressort-il de la lecture de cette observation ? Une chose bien nette, c'est que cette hémorrhagie a eu deux causes : une cause efficiente, l'altération des tissus et en particulier de l'artère hépatique ; et une cause déterminante, qui est l'essai de mobilisation de la vésicule.

De cette dernière, nous ne dirons rien, sinon qu'elle serait en faveur de la thèse soutenue précédemment sur le danger qu'il peut y avoir à vouloir rapprocher deux organes trop distants l'un de l'autre. Nous ne retiendrons que la première de ces causes : l'altération des tissus. Nous allons nous y arrêter un instant.

Dans cette observation, tout l'appareil biliaire externe est altéré : le tissu de la vésicule rétractée est devenu friable et, cède à la moindre traction ; le canal cholédoque et le canal cystique sont complètement obstrués par une oblitération fibreuse. C'est, dit M. Richelot, « un processus fibreux, ayant d'abord envahi le cholédoque, et s'étant pour ainsi dire complété, après l'opération, au point d'annihiler le canal cystique et la vésicule, qui d'ordinaire se transforme en canal après son abouchement ». Mais l'altération ne s'est pas cantonnée

à l'appareil biliaire, elle s'est étendue au voisinage, elle a gagné l'artère voisine, d'où la plaque d'athérome, qui a provoqué l'hémorrhagie.

Ce processus inflammatoire chronique est-il fréquent dans la rétention biliaire ? Il est impossible, quant à présent, de répondre d'une manière précise. Toutefois il est extrêmement probable, que, si dans l'obstruction du canal cholédoque, les parois biliaires sont souvent altérées, il est rare qu'elles le soient à un degré semblable. Mais ce qui est certain, c'est qu'il peut exister ; un exemple comme celui-là est un précédent avec lequel il faudra compter à l'avenir. Et ce processus inflammatoire est d'autant plus à redouter, qu'on a affaire, dans ce genre d'opération, à des obstructions très anciennes.

Devra-t-on maintenant, à propos de ces altérations des parois biliaires, tenir compte des diverses variétés d'obstruction du cholédoque? Peut-être. Il est même vraisemblable que l'état des parois de la vésicule n'est pas le même dans le cas où l'oblitération du cholédoque est d'origine inflammatoire, calculeuse ou autre, et dans le cas de rétention par compression, due à une tumeur du voisinage, pancréatique ou ganglionnaire. Il est probable que les parois d'une vésicule rétractée ne sont pas les mêmes que celles des vésicules volumineuses et remplies de liquide.

Car si les premières sont en général manifestement altérées, les secondes paraissent ordinairement saines; en tout cas, dans les observations jusqu'ici publiées, il n'est fait mention d'aucun état pathologique de ces parois, et de ce fait, il ne paraît jamais y avoir eu d'obstacle à l'opération. Il est vrai que ce n'est pas une raison péremptoire et que, sans traces mani-

festes d'inflammation, des tissus normaux d'apparence peuvent ne pas être absolument sains.

Ce que nous disons là de la vésicule, nous pouvons l'appliquer au système biliaire tout entier, et même aux organes voisins, puisque l'observation de M. Richelot nous montre qu'ils peuvent ne pas être indemnes.

D'autre part, ce n'est pas le processus inflammatoire ordinaire qu'il faut seulement envisager. Est-ce que le processus cancéreux, quelque soit son point de départ, ne peut pas agir de même ? Est-ce que le cancer du pancréas, pour ne citer que le plus fréquent, ne peut pas envahir les organes du voisinage, y compris la vésicule biliaire et l'artère hépatique? Tout cela est possible, et c'est à titre de possibilité que nous l'envisageons.

Enfin il est une question, qu'avant de terminer, nous devons rapidement examiner, c'est la pathogénie de ces inflammations des voies biliaires consécutives à l'obstruction du cholédoque. Ces inflammations, elles existent, on ne peut le nier. Comment donc se produisent-elles ? C'est encore une question qui est loin d'être résolue ; et ce n'est pas l'observation de M. Richelot qui apportera à ce sujet quelque lumière, car les lésions y sont simplement constatées. Cependant on a essayé, dans le cas particulier de la lithiase biliaire, d'émettre une théorie : on admet que la présence des calculs dans les voies biliaires irrite la muqueuse, l'ulcère, permet son inoculation par les germes pathogènes venus de l'intestin ; que de là naissent ces angiocholites plastiques qui se traduisent en définitive, par le rétrécissement de la vésicule, l'épaississement de ces parois, la formation de néo-membranes et d'adhérences. Le degré des altérations sera en rapport avec la mul-

tiplicité des cholélithes et aussi avec leur long séjour dans les voies biliaires. A l'appui de cette théorie, M. Terrier a apporté des faits où, dans la vésicule atrophiée, dans le canal cystique et dans le cholédoque, des calculs étaient enveloppés de néo-membranes.

Nous n'insisterons pas davantage sur une question si délicate et encore si peu connue, et nous nous empresserons de tirer de l'observation de M. Richelot la conclusion qu'elle comporte, c'est que, dans la cholécystentérostomie, on devra toujours, dans les cas d'altération de la vésicule biliaire, penser à la possibilité d'une hémorrhagie et agir avec la plus extrême prudence.

CONCLUSIONS.

Des points spéciaux de la cholécystentérostomie, que nous avons étudiés, se dégagent les conclusions suivantes :

1° L'abouchement avec le côlon étant écarté d'une manière définitive, le duodénum sera le lieu d'élection, mais toutes les fois seulement que ses rapports avec la vésicule biliaire permettront, sans traction, le contact des deux organes. Dans les cas contraires, on devra choisir dans l'intestin grêle l'anse à la fois la plus rapprochée du duodénum et la plus voisine de la vésicule.

2° Si la dilatation de la vésicule présente un avantage au point de vue opératoire, sa rétraction peut engendrer certaines difficultés, et l'altération de ses parois, dans certains cas, constituer un danger et devenir une contre-indication.

3° L'altération des voies biliaires peut s'accompagner de lésions de voisinage, parmi lesquelles l'artérite de l'artère hépatique peut donner lieu à des hémorrhagies graves.

OBSERVATIONS[1]

Observation I. — *Un cas de rétention de bile consécutif à l'imperméabilité du canal cholédoque. — Établissement d'une fistule cholécysto-intestinale. — Guérison*, par le Dr A. von Winiwarter, professeur de chirurgie à l'Université de Liège.

Le 7 juin 1880 M. le Dr Breyre me présente un malade qu'il avait soigné pendant plusieurs mois. C'était un armurier, âgé de 34 ans, célibataire, qui jouissait d'une bonne santé, et était considéré dans sa ville natale (Herstal, près de Liège) comme un des hommes les plus vigoureux. Il y a deux mois et demi ; il commença par souffrir de constipation. Puis il fut atteint de diarrhée, de coliques, on trouva dans la région hypogastrique droite, de l'enflure et une sensibilité exagérée. Le médecin crut à une périty phlite et employa les moyens indiqués. La convalescence commençait, l'état général était redevenu complètement normal lorsque soudain à la fin d'avril 1880, c'est-à-dire, il y a à peu près six semaines, sans la moindre cause apparente, au lieu de selles normalement colorées, les matières fécales devinrent décolorées. Aucune affection du foie n'avait précédé, aucune trace d'ictère, aucun symptôme indiquant l'existence de calculs biliaires.

Au contraire, l'état général resta complètement satisfaisant, l'appétit était bon, la digestion régulière.

Je tiens à noter que les matières fécales, depuis le moment indiqué, restèrent toujours de la même couleur gris clair, couleur de grès ; sans la plus légère altération. Quelques jours après que la bile avait cessé de s'écouler dans les intestins, le malade remarqua, à l'endroit du foie, une tumeur absolument indolente, dont le volume augmenta vite, et de telle façon que le côté droit de l'abdomen se développa de plus en plus. En même temps la peau et les sclérotiques se colorèrent légèrement. On

(1) Les observations I à VII sont empruntées à la thèse Delagénière.

avait déjà remarqué que les urines étaient fortement foncées et contenaient des matières bilieuses en assez grande quantité.

Le développement de la tumeur s'était accompagné d'accès de vomissements, souvent de lassitude et de tiraillement dans l'hypochondre droit.

Le médecin qui avait suivi soigneusement le cours de la maladie diagnostiqua l'oblitération du canal cholédoque suivi de rétention de bile.

La tumeur arriva vers le 15 mai jusque dans l'hypogastre droit sans qu'il y ait eu le moindre écoulement de bile dans les intestins.

Craignant la rupture de la vésicule M. le Dr Breyre se décida à la ponctionner.

La ponction faite avec un trocart fin de l'appareil Dieulafoy, vers la fin de mai, amena au dehors, avec une grande facilité, un liquide vert foncé, limpide, qui avait tous les caractères de la bile. La quantité était de plus de deux litres, cependant la tumeur diminua seulement de moitié. Il n'y eût pas de réaction, mais la tumeur reprit rapidement son ancien volume.

7 juin. — La tumeur est plus grosse que jamais. Les vomissements, qui pendant quelques jours après la ponction avait cessé, recommencèrent.

En examinant le malade, le 7 juin 1880, je trouve un homme musclé, mais paraissant avoir maigri. Les sclérotiques et les téguments présentent une teinte ictérique ; le pouls et la température n'ont rien d'anormal ; la langue est propre, humide ; le ventre est considérablement développé, surtout du côté droit ; les parois abdominales sont fortement tendues.

Tout le côté droit de l'abdomen du rebord costal jusqu'à la crête iliaque est, non seulement développé en avant, mais surtout en arrière et en dehors. Le foie est un peu remonté ; sa présence se traduit par de la submatité qui commence sur la ligne mamelonnaire, au-dessous du mamelon et qui se transforme un peu au-dessous du rebord costal ou une matité absolue.

Cette matité s'étend en bas jusqu'à l'épine iliaque antérieure et supérieure et en dedans presque jusqu'à la ligne médiane.

Partout on obtient de la sonorité sur la moitié droite de l'hypogastre.

La moitié gauche du ventre est remplie par les intestins fortement distendus qui donnent partout un son tympanique qui dépasse un peu la ligne médiane au-dessous de l'ombilic.

Au palper on trouve la moitié droite de l'abdomen prise par une tumeur unie, élastique et fluctuante qui se perd en haut, sous le rebord costal, en bas et à gauche la délimitation est difficile à cause de la distension des parois abdominales.

La tumeur ne se laisse pas déplacer. Néanmoins une profonde inspiration lui communique de légers mouvements. La résistance est uniforme, la surface est unie, en sorte que la paroi abdominale, peu épaisse, glisse facilement sur la tumeur.

On ne sent pas de tumeur dans la région de l'estomac, ni dans un autre point quelconque de la moitié gauche de l'abdomen. La douleur spontanée fait défaut ainsi que tout symptôme de colique : à peine provoque-t-on une sensation désagréable par une forte pression.

Mon examen ainsi que la ponction faite par M. le Dr Breyre laissait peu de doute dans l'esprit.

Il s'agissait d'une vésicule biliaire distendue et très probablement la tumeur de la partie droite de l'abdomen était formée par elle. Le fait que les matières fécales étaient décolorées prouvaient qu'il n'y avait pas eu d'écoulement de bile dans les intestins. D'autre part, on ne pouvait expliquer le développement rapide de la tumeur que par une sécrétion régulière de la bile.

Donc l'obstacle siégeait dans le canal cholédoque, mais n'intéressait ni le canal hépatique, ni le canal cystique. La coloration relativement peu intense des téguments et des urines s'expliquait par le fait que la bile s'accumulait dans la vésicule comme dans un réservoir. et ne se répandait qu'en petite quantité dans le sang.

Évidemment, c'était là la cause du peu de changement dans l'état général. Le malade avait un appétit féroce et mangeait de grandes quantités de viande et d'œufs.

Néanmoins, l'amaigrissement était considérable et montrait comme la digestion se faisait mal sans le concours de la bile.

Différentes raisons devaient faire admettre que c'était la vésicule biliaire elle-même qui par sa distention formait la tumeur.

On aurait pu penser à la rigueur à un kyste hydatique ou à un autre kyste communiquant avec un gros conduit biliaire. Mais ce qui parle contre cette manière de voir, c'est la décoloration des matières fécales, car on ne peut guère s'imaginer que la bile ait pu se déverser constamment et complètement dans le kyste.

Pourtant on examinait jour par jour les matières fécales, et on les éta-

lait avec un couteau ; donc ni une différence de coloration, ni un calcul n'auraient pu passer inaperçus.

En outre, la tumeur s'était formée, pour ainsi dire, sous les yeux du médecin ; au début, elle ne correspondait pas seulement au siège de la vésicule, mais elle en avait aussi la forme (piriforme).

Enfin, mon principal argument contre un kyste hydatique était le développement rapide (en 4 semaines) de la tumeur et son volume comparable à celui d'un kyste de l'ovaire de moyenne grandeur.

Une dilatation aussi considérable et aussi rapide ne pouvait être compatible que s'il s'agissait d'une poche musculaire et élastique.

Dans des conditions pareilles, la paroi d'un kyste se serait rompue depuis longtemps.

Quelle était la cause de l'imperméabilité du canal cholédoque ? voilà la question que je me posai tout d'abord.

On pouvait penser à un gonflement de la muqueuse, à un bouchon muqueux produit par un catarrhe gastro-duodénal. Les symptômes correspondants faisaient défaut, l'oblitération datait depuis trop longtemps et la pression du liquide était trop forte pour ne pas avoir déjà vaincu un obstacle aussi insignifiant. Aucun symptôme ne pouvait faire supposer un calcul biliaire.

L'histoire de la maladie ainsi que mon examen devait faire rejeter l'idée de la compression du canal cholédoque par une tumeur du voisinage (duodénum, foie, péritoine, etc.).

On a observé des cas d'oblitération de ce conduit à la suite de l'ulcération de la muqueuse.

Seulement, l'ulcération survient consécutivement à l'irritation par des calculs, à moins d'admettre qu'elle eût eu pour cause la propagation de l'inflammation du duodénum.

Enfin, l'oblitération pouvait encore s'expliquer soit par la flexion anguleuse du canal cholédoque, soit par la présence de replis muqueux.

Henle décrit une espèce de valve qui, partant du point de réunion du canal cystique et du canal hépatique, fait saillie dans le canal cholédoque.

Mais c'est là un repli qui à l'état normal n'oblitère pas la lumière de ce conduit.

Après avoir passé en revue toutes les hypothèses, celle qui me parut la plus plausible fut l'oblitération par la flexion du canal que j'attribuai à des adhérences péritonéales.

En effet, comme nous l'avons dit plus haut, une périty phlite avait précédé la rétention de bile.

Il n'était donc pas impossible que des adhérences du péritoine se soient formées à une distance aussi grande du cæcum et aient amené l'oblitération du canal par une flexion. Comme le démontre l'expérience, une telle flexion suffit pour oblitérer complètement la lumière de ce conduit.

Mais pour le moment, cette manière de voir ne pouvait être qu'une hypothèse.

Je prescrivis au malade de prendre tous les matins une bonne cuillerée à café de sel de Carlsbad artificiel, dissous dans un verre d'eau chaude.

Je conseillai, en outre, un léger massage de la tumeur de bas en haut pour provoquer l'écoulement de la bile. Mais avant de pouvoir procéder à ce moyen mécanique, on fut obligé de faire une nouvelle ponction. En effet, la tension était si grande qu'on craignait la rupture de la vésicule et l'épanchement du liquide dans la cavité péritonéale.

Cette fois je fis moi-même l'opération avec un trocart de calibre moyen. Il s'en écoula à peu près 4 litres de bile pure, vert foncé.

Le dépôt qui s'était formé fut examiné au microscope. On n'y trouva cependant ni des éléments cellulaires ni des débris d'échinocoques.

Après la seconde ponction (le 10 juin 1880) la vésicule se retira en arrière et on pouvait la sentir nettement dans l'hypochondre droit. Il était possible maintenant de palper l'abdomen ; mais nulle part on ne trouvait une tumeur.

Le foie semblait diminuer et n'arrivait pas même jusqu'au rebord costal.

Il ne s'agissait pas seulement d'un simple déplacement, mais d'une véritable diminution de volume, comme nous le vîmes plus tard.

Le succès momentané de la ponction fut aussi satisfaisant que la première fois, puisque les accès de vomissements et la sensation de tension disparurent ; mais d'autre part, il n'y eut pas le moindre changement dans les selles et la tumeur avait atteint un grand développement.

On dut ponctionner de nouveau le 29 juin, le 6 et le 13 juillet 1880.

La quantité de bile extraite s'éleva jusqu'à 6 litres, néanmoins la tumeur se remplissait après chaque ponction avec une rapidité incroyable.

Le produit de sécrétion était un peu plus fluide que dans les deux

premières opérations, mais il revêtait toujours le caractère de la bile sans la moindre trace de pus.

La circonférence du ventre était augmentée, la matité occupait maintenant la moitié droite de l'abdomen, elle dépassait un peu la ligne médiane et descendait en bas jusqu'à la symphyse.

Dans ces circonstances, je m'affermis de plus en plus dans la résolution d'intervenir activement pour la guérison définitive du malade, car je voyais bien qu'il ne pouvait pas continuer à vivre ainsi.

Depuis plusieurs semaines les intestins n'avaient pas reçu une goutte de bile et, bien que la digestion fût très bonne, la maigreur avait considérablement progressé. Le séjour continuel de la bile dans le foie devait avoir de mauvaises conséquences ; dès maintenant cet organe était sensiblement atrophié.

Le danger de voir la vésicule se rompre était imminent surtout pendant les accès de vomissements.

Ces accès devenaient plus réguliers dès que le volume de la tumeur augmentait.

Les expériences de Bostroem prouvent que de grandes quantités de bile peuvent être résorbées par le péritoine.

Sur six cas de déchirement soit de la vésicule, soit du canal biliaire, trois ont guéri.

Pourtant une péritonite mortelle eût été certaine dans notre cas si la vésicule eût éclaté et que par suite la bile se fût répandue dans la cavité péritonéale.

Notre crainte était bien fondée puisque Thiersch a observé un cas de déchirement traumatique d'un conduit biliaire qui amena la mort au bout de 7 semaines, malgré plusieurs ponctions ; d'autant plus que ne connaissant pas la nature de l'obstacle, je trouvai trop incertain et trop dangereux d'attendre la guérison spontanée.

Le patient était d'accord avec moi pour désirer une intervention immédiate. Il me déclara qu'il ne voulait pas continuer à vivre ainsi et qu'il était prêt à subir toute opération qui pût lui offrir quelque chance de guérison.

Deux voies m'étaient ouvertes : je pouvais d'abord penser à établir une fistule biliaire externe.

L'opération consiste à inciser la paroi abdominale, à attirer au dehors la vésicule distendue et à suturer sa paroi à la peau, puis au bout de quelques jours, lorsque les adhérences se sont établies, à ouvrir la tu-

meur et à vider la bile. Cette opération, appelé cholécystotomie par les Anglais, remplace les ponctions fréquentes par un écoulement continuel de la bile.

Ce procédé aurait donc augmenté les souffrances du malade sans lui procurer une chance quelconque de guérison définitive.

C'est pourquoi il me semblait préférable d'établir une fistule artificielle allant de la vésicule biliaire à l'intestin et de remplacer ainsi la communication naturelle entre ces deux organes. Je ne me dissimulai pas un instant les difficultés de cette intervention, mais mon appréhension demeura encore au-dessous de la réalité.

Si cette opération réussissait, l'état normal des choses aurait été à peu près rétabli.

Tout en écartant le danger de la rupture et l'inconvénient d'une rétention de bile, l'écoulement permanent par la fistule aurait fini par épuiser le malade.

Du reste on ne pouvait guère espérer le rétablissement de la perméabilité du canal cholédoque par une fistule externe. En cas de non réussite, il serait toujours temps de recourir à ce dernier moyen.

L'important était de savoir si le danger que courait le malade par l'opération était en rapport avec l'intensité du mal. Après mûre réflexion je dus reconnaître que l'établissement d'une fistule cholécysto-intestinale n'était pas beaucoup plus dangereuse que la cholécystotomie.

D'un autre côté, l'état du malade me paraissait si critique, que le danger de l'opération ne pouvait nullement changer ma manière de voir. Je reviendrai sur ce point plus tard.

Ma résolution était prise ; j'expliquai au malade l'état exact des choses en le priant de prendre une décision.

Je ne lui dissimulai point mon peu d'expérience dans un cas pareil et l'insuccès possible d'une telle intervention.

Enfin, je m'efforçai de lui expliquer sa maladie et de lui faire comprendre en quoi consistait l'opération qu'il aurait à subir. Je n'ai eu qu'à me louer de ce procédé, car malgré de fâcheux accidents le malade avait une entière confiance en moi et conservait l'espoir de la guérison. Après son consentement et l'assentiment de ses parents, je l'admis dans mon service.

Je m'étais proposé d'ouvrir la cavité abdominale à la limite interne de la tumeur et d'attirer au dehors la vésicule ainsi que l'anse intestinale

la plus voisine. Puis je voulais suturer ces deux organes et les fixer aux bords de la plaie.

Une fois les adhérences établies entre ces deux organes, j'aurais poussé un trocart spécial à travers la vésicule, et je l'aurais laissé jusqu'à la formation d'une fistule cholécysto-intestinale. Plus tard, on eût fermé l'ouverture extérieure faite par le trocart, et on eût attendu que le bourgeonnement ait comblé la plaie abdominale.

Le 20 *juillet* 1880 (7 jours après la dernière ponction), j'exécutai l'opération d'après le plan que je viens d'exposer. Je fis une incision sur le trajet de la ligne mamelonnaire droite, descendant du rebord costal jusqu'au-dessous du niveau de l'ombilic.

Après l'ouverture de la cavité péritonéale, j'aperçus la paroi de la vésicule qui était très tendue et presque transparente. Le côlon ascendant était contigu à tout le bord interne de la tumeur. La vésicule distendue avait poussé devant elle le feuillet pariétal du péritoine, et c'est ainsi que le côlon avait été détaché de la paroi postérieure de l'abdomen, et attiré en avant et en dedans.

Le feuillet pariétal du péritoine recouvrait maintenant la paroi antérieure de la vésicule ; il se réfléchissait immédiatement sur le côlon ascendant, le petit mésocôlon ayant servi en grande partie à cette réflexion (1).

Ma première intention avait été d'établir une fistule entre la vésicule et l'intestin grêle. Mais le danger d'un étranglement interne eût été trop imminent si on avait suturé par-dessus le côlon l'intestin grêle à la vésicule. Je devais donc nécessairement me contenter d'établir une communication avec le côlon ascendant.

Une nouvelle difficulté se présentait ; la paroi de la vésicule était tellement mince qu'il ne paraissait guère possible d'y passer des fils de suture sans la déchirer. Pour diminuer la tension, je ponctionnai maintenant en arrière, à travers la paroi abdominale restée intacte.

J'en retirai du liquide jusqu'à ce que la paroi s'affaissât. Je suturai alors la vésicule au côlon de sorte que ces deux organes entraient exactement en contact sur une étendue de 4 à 5 cent. carrés.

Je n'osais pas encore établir une communication. Je craignais d'un

(1) Nous avouons ne pas comprendre cette description donnée par Winiwarter. Il est parfois fort difficile de s'y reconnaître après l'ouverture du ventre surtout quand l'intervention a été précédée de phénomènes inflammatoires. Dans ces cas, toute explication devient possible, pourvu toutefois qu'elle soit compréhensible. (H. D.)

côté le passage de la bile à travers les points de suture dans la cavité péritonéale, et de l'autre la production de mouvements péristaltiques ou même de vomissements, si une aussi grande quantité de bile arrivait dans le gros intestin.

Et, dans ce cas les fils auraient déchiré la paroi qui était aussi mince qu'une feuille de papier. Suivant mon plan, je fixai alors par quelques points de suture l'intestin et la vésicule biliaire dans la plaie de la paroi abdominale. Les deux organes étaient exactement appliqués l'un contre l'autre de sorte que la partie où ils avaient été suturés formait une cloison antéro-postérieure.

Pour vous en faire une idée assez nette, représentez-vous deux doigts de gant cousus à leur face contiguë et passés à travers une fente.

Ensuite on appliqua le pansement Lister type.

Le malade ne prenait que de la nourriture liquide et un peu d'opium à l'intérieur. Point de réaction après l'opération ; rien ne révèle l'irritation ni du péritoine, ni des intestins.

Le 24 juillet, c'est-à-dire 4 jours après l'opération, les adhérences entre les deux viscères et avec la paroi abdominale me semblaient assez fermes pour pouvoir procéder à l'ouverture d'une fistule. Dans ce but j'avais fait faire un trocart d'un calibre moyen et modérément recourbé dont la canule présentait une grande fenêtre vers son tiers postérieur.

Avec cet instrument, je perforai la peau à une petite distance de la plaie de la paroi abdominale et je pénétrai dans la vésicule. Puis je poussai le trocart vers le point d'adhérence des deux viscères en dirigeant la pointe avec le doigt.

C'est alors que je perçai les parois de l'intestin et de la vésicule.

Ayant constaté par le toucher que le trocart avait pénétré dans le côlon, je retirai le poinçon et je bouchai le pavillon de la canule.

La canule perforait successivement la paroi abdominale, celle de la vésicule, sa cavité, la partie de la paroi qui correspondait au côlon et enfin la paroi intestinale. Son extrémité plongeait librement dans l'intérieur du gros intestin.

La fenêtre qui se trouvait sous la canule correspondait à la cavité de la vésicule, en sorte que la bile s'écoula par là dès qu'on eût retiré le poinçon.

D'après ce qui précède, on comprendra que la vésicule biliaire communiquait librement avec le côlon par la canule. La bile devait donc

se déverser par son ouverture interne dans l'intestin, puisque l'externe était bouchée.

J'avais l'intention de laisser l'instrument en place jusqu'à ce qu'on pût supposer qu'il s'était formé une fistule à l'endroit de la perforation.

Puis je voulais fermer l'ouverture de la paroi externe de la vésicule, soit par suture, soit par cautérisation.

La pression sous laquelle se trouvait le liquide dans la vésicule biliaire devait faire admettre que la bile s'écoulerait dans les intestins sans que des matières puissent pénétrer dans la vésicule.

Du moins, c'était mon idée, mais je dois avouer que mon calcul était faux et que c'est probablement à l'emploi du trocart que je dois l'insuccès de la première opération. Je reviendrai plus tard sur ce point.

Cette opération ne fut pas suivie de réaction, mais, à ma grande surprise, il n'y avait toujours pas de passage de bile dans les intestins et les selles restaient décolorées. Je soupçonnai que la canule était bouchée par des matières ou qu'elle était déplacée par la paroi intestinale.

Je cherchai à la débarrasser et j'espérais enfin pouvoir enlever l'instrument et obtenir la formation d'une fistule. Je laissai la canule en place pendant huit jours, bien qu'il y eût un suintement continuel par l'ouverture de la paroi externe.

Le 2 *août* 1880, j'enlevai la canule définitivement et, comme la bile s'écoulait par jets, je fermai l'orifice de la ponction par deux fils profonds.

J'attendais les premières selles du malade avec une patience facile à comprendre : elles étaient décolorées comme auparavant et sans la moindre trace de bile. Mais de l'autre côté il s'était formé une véritable fistule externe à l'endroit de la ponction. Malgré suture, cautérisation et compression le liquide s'écoulait continuellement et mouillait sans cesse le malade.

La tumeur diminuait à vue d'œil et les urines devenaient plus claires.

Je dus reconnaître que mon premier essai avait échoué. Malheureusement je tenais à l'emploi du trocart.

J'attribuai mon insuccès à ce que la muqueuse intestinale n'avait pas été suffisamment écartée et que l'ouverture du côlon s'était fermée dès qu'on avait retiré la canule. C'est pourquoi je résolus d'inciser la vésicule à l'endroit où elle était suturée à la paroi abdominale, d'autant plus qu'il existait déjà une fistule externe. Je pensais alors introduire par l'incision un gros trocart et suturer la plaie quelques jours après.

C'est ainsi que j'exécutai l'opération le 6 *août* 1880. Le doigt dans la ca-

vité de la vésicule, je constatai partout des parois lisses et je ne sentis aucune trace de tumeur, ni de calcul. J'introduisis alors un gros trocart par l'incision et je perçai la cloison entre la vésicule et l'intestin.

Le trocart resta en place et je rétrécis l'incision par des points de suture boutonnés comme on fait pour les sutures intestinales.

Point de réaction, mais aussi point de succès après l'opération! Ayant retiré le trocart au bout de quelques jours, je cherchai à suturer la fistule externe, mais je n'y réussis pas.

J'avivai soigneusement les bords de la plaie et je les suturai après avoir invaginé les parois. Néanmoins quelques heures après la bile suintait à travers les points de suture et un peu plus tard la plaie bâillait dans toute son étendue.

Pour éviter que le malade fût continuellement mouillé, je mis dans la vésicule un drain par lequel la bile s'écoula dans un récipient.

Naturellement, par ce procédé, la bile ne pénétra pas dans le côlon dont l'ouverture se fermerait probablement bien vite. En tout cas les matières fécales ne pénétraient pas dans la vésicule.

Maintenant que la bile s'écoulait constamment, elle devint plus fluide. Pendant les premiers jours qui suivirent l'opération, elle était mêlée à du sang et contenait des caillots mous et brun verdâtre ; mais on n'y trouvait ni concrétion, ni calculs et bientôt la bile reprenait son ancienne limpidité.

Bien que j'eusse échoué, je ne voulais pas abandonner mon projet, seulement je me voyais obligé d'en ajourner l'exécution.

Le malade ne voulait plus rester à l'hôpital et le temps me manquait absolument pour aller l'opérer chez lui. Pour le moment j'avais obtenu ce que je devais obtenir par la formation d'une fistule biliaire externe.

L'inconvénient d'une rétention de bile ainsi que le danger d'une rupture de la vesicule étaient écartés. Seulement la digestion continuait à se faire sans le concours du foie.

Je prescrivis au malade du sel de Carlsbad tous les matins, et je lui fis prendre comme nourriture du lait et de la viande, en lui recommandant de s'abstenir de graisses.

La vésicule devait être lavée tous les jours à l'eau tiède. J'espérais vaincre ainsi l'obstacle inconnu qui oblitérait le canal cholédoque.

Ce n'est qu'au commencement d'octobre que je revis le malade. Pas de changement en ce qui concerne l'écoulement de la bile !

La fistule dont la lumière admettait facilement un drain de calibre

moyen s'est complètement entourée de peau et présente un aspect infundibuliforme.

Elle est située à la hauteur de l'ombilic à trois travers de doigt en dehors de la ligne mamelonnaire droite.

La tumeur est considérablement diminuée, de sorte qu'elle ne dépasse en bas l'ouverture de la fistule que de quelques travers de doigt.

La palpation et la percussion ne révèlent la présence de la tumeur que dans l'hypochondre et la sonorité commence en dedans avant la ligne mamelonnaire.

La matité correspondant au foie est peu étendue ; elle va de la 7e côte (sur la ligne mamelonnaire) jusqu'à deux travers de doigt au-dessous du rebord costal.

Tout ce qui se trouve en dedans de la ligne mamelonnaire est sonore.

La vésicule contient facilement 1/2 litre d'eau, si on en fait pénétrer davantage le malade éprouve une sensation désagréable de plénitude et de tension.

Dans ce moment un drain, dont l'ouverture externe est bouchée, oblitère complètement la lumière de la fistule ; tout autour on a disposé de la charpie qu'on fixe au moyen d'un bandage de corps.

Toutes les fois que le malade éprouve une sensation de gêne, il ôte le bouchon et laisse écouler une certaine quantité de bile.

Il renouvelle cette manœuvre trois à quatre fois par jour. La quantité totale de liquide évacuée de cette manière varie de 1/4 de litre à 1/2 litre en 24 heures.

La bile est beaucoup plus fluide qu'auparavant ; sa couleur qui était autrefois vert foncé est devenue jaune doré ; elle est claire, glaireuse et contient des caillots de temps à autre.

Mentionnons qu'elle ne contenait que des traces d'acides biliaires comme le démontre l'examen fait par M. le Dr Léon Frédéric, professeur de physiologie à l'université de Liège.

L'examen des matières fécales fait pendant des mois ne révéla pas la moindre coloration biliaire. La digestion se faisait assez régulièrement grâce à l'emploi du sel de Carlsbad pris tous les matins.

Les selles avaient une consistance pâteuse et une teinte grisâtre ; elles étaient comparables à du ciment. La quantité des selles rendues en 24 heures était énorme : il est vrai que le malade prenait une nourriture abondante.

La digestion se faisait assez bien, les accès de vomissements avaient

complètement cessé. Le malade avait un appétit féroce et dévorait toutes les 3 heures un petit repas, qu'il digérait assez bien.

Il ne se plaignait jamais de lourdeur, ni de douleurs d'estomac.

La coloration ictérique des téguments et des sclérotiques avait complètement disparu ; les urines étaient redevenues normales. La peau était sèche et ridée. Malgré une nourriture abondante et des selles régulières, l'amaigrissement général s'était encore accentué.

Le malade n'était incommodé que par l'écoulement de la bile qui se faisait entre le drain et les bords de la plaie. Il n'éprouvait aucune douleur et marchait sans difficulté ; seulement une grande fatigue dans les membres l'empêchait de faire quoi que ce soit.

L'abdomen restait assez développé, mais la distension qui existait du côté droit avait disparu.

La percussion et la palpation montrèrent que la tumeur avait sensiblement diminué par suite de l'écoulement continuel de la bile.

Le côlon ascendant avait suivi la rétraction de la vésicule : c'était sans doute sa présence qui expliquait la sonorité en dedans de l'ouverture de la fistule.

Ni le temps, ni les lavages réitérés n'avaient pu rendre au canal cholédoque sa perméabilité.

La formation d'une fistule cholécysto-colique était maintenant aussi bien indiquée qu'elle l'était quelques mois auparavant, l'existence d'une fistule externe n'était qu'une indication de plus.

L'unique moyen de fermer cette fistule était de rétablir l'écoulement de la bile dans l'intestin. Cette fois j'étais décidé à opérer non plus avec le trocart mais avec le bistouri.

Ici je dois noter que le malade ne voulait à aucun prix rentrer à l'hôpital et que je dus l'opérer dorénavant chez lui.

J'avais pour m'assister le Dr Breye et le Dr Desbastaille, mon assistant. Le premier s'était chargé en outre des soins consécutifs et montra beaucoup d'habileté dans l'exécution de sa tâche.

Le 29 novembre 1880, le malade ayant été précédemment purgé, fut endormi.

Je fis une incision de huit centimètres parallèle à la ligne blanche et à deux travers de doigt en dedans de la fistule.

J'aperçus tout d'abord la paroi de la vésicule et immédiatement à côté, des anses d'intestin grêle, tandis qu'à la première opération, il avait été impossible de ramener l'intestin grêle jusqu'à la paroi de la vésicule.

Ces changements de rapports me firent abandonner immédiatement mon projet d'établir la communication entre la vésicule et le côlon ascendant ; projet conçu antérieurement quand la communication avec l'intestin grêle paraissait impraticable.

L'écoulement de la bile dans l'intestin offrait encore de grands avantages pour la digestion.

Je renonçai donc complètement à l'adhérence entre le côlon et la vésicule.

Cette adhérence se trouvait au-dessus du niveau de la fistule externe puisque le côlon avait remonté proportionnellement à la rétraction de la tumeur.

Il ne pouvait y avoir aucun doute sur ce déplacement attendu qu'on apercevait très nettement dans la partie supérieure de l'incision l'appendice vermiforme. Je devais commencer par suturer l'anse la plus rapprochée de l'intestin grêle, à la vésicule du fiel.

Cette fois-ci ses parois n'étant pas aussi minces il n'y eut pas à craindre une déchirure par les fils ; mais une autre difficulté se présenta. Le volume de la vésicule avait beaucoup diminué par l'écoulement continuel du produit de sécrétion.

La vésicule s'était retirée dans la profondeur et la réunion de l'intestin à la partie la plus reculée de la vésicule fut rendue très difficile.

Au moyen de l'index introduit dans la vésicule à travers la fistule, je réussis à passer des fils de soie autour d'une partie circulaire de l'intestin grêle et à l'amener ainsi en contact avec la vésicule.

Après la suture j'incisai au moyen d'un bistouri pointu la cloison qui réunissait les deux organes, de manière à pouvoir introduire un gros drain dans l'intestin.

Celui-ci présentait plusieurs ouvertures latérales pour pouvoir donner passage à la bile. L'un de ces bouts fut amené au dehors par la fistule externe et y fut fermé par une ligature.

Au début j'avais l'intention de suturer les bords de l'incision des deux muqueuses, mais je dus y renoncer, car il était impossible de pénétrer par la fistule externe, assez loin pour passer, avec sécurité, des fils de suture. J'avais évité soigneusement l'écoulement de la bile dans la cavité péritonéale et le champ opératoire une fois nettoyé, je suturai les bords de la plaie et j'appliquai le pansement de Lister.

J'avais bien fixé à la fistule externe le drain établissant la communication entre la vésicule et l'intestin.

Pour le moment je ne m'occupai point de la fistule externe ; mon intention était de laisser le drain en place pendant quelque temps pour mieux assurer la communication entre les deux viscères.

L'oblitération de la fistule aurait été inutile car la bile dévait nécessairement s'écouler au dehors aussi longtemps qu'elle ne pouvait se déverser dans l'intestin.

Cette opération ne fut pas non plus suivie de réaction inflammatoire du côté du péritoine ; il n'y avait ni douleurs dans le ventre, ni gonflement.

Pendant huit jours le malade fut mis uniquement au lait, ce qu'il supportait assez bien. La plaie abdominale dont les bords avaient été exactement réunis ne guérissait pas, quoiqu'il n'y eût ni vomissements ni efforts de défécation, et que le malade restât continuellement dans le décubitus dorsal.

Les bords cutanés bâillaient et s'écartaient même après avoir été réunis par première intention. Pourtant le fond de la plaie se comblait.

En outre, des abcès se formaient au niveau de chaque point de suture (profond ou superficiel). A l'heure actuelle, je ne suis pas encore arrivé à me rendre compte de la formation de ces abcès.

La soie avait été bouillie dans une solution phéniquée à 5 0/0. L'opération et le pansement avaient été exécutés d'après les règles antiseptiques.

Il semblait que le malade appartenait à cette espèce de gens dont le peuple dit : qu'ils ont le sang tourné, c'est-à-dire dont les plaies n'ont pas de tendance à se réunir par première intention. Ce qu'il y a de certain, c'est que plus tard nous vîmes aussi suppurer chaque point de suture et que les plaies des parties molles, sauf celle du péritoine, ne se réunissait pas par première intention.

On ne pouvait pas accuser la bile de ces accidents puisqu'elle s'écoulait au dehors par le drain et n'entrait pas en contact avec les bords de la plaie.

Cette fois-ci il n'y avait aucun doute que la communication entre la vésicule et l'intestin avait été établie puisqu'il s'écoula un peu de bile dans l'intestin. Mais la plus grande partie se déversait tout de même par la fistule externe ; ce qui continuait à se produire après l'enlèvement définitif du drain (huit jours après l'opération).

La preuve que la communication était bien établie, c'est qu'on trou-

vait de temps à autre des matières fécales dans la vésicule, pourtant la bile ne passait toujours pas dans l'intestin.

Je ne pouvais m'expliquer la chose que de la manière suivante : les parois de l'intestin grêle s'appliquaient à l'état de vacuité exactement l'une sur l'autre ; l'ouverture de la fistule prenait alors la forme d'une fente dont les bords étaient fermés par la muqueuse intestinale.

Lorsque l'intestin est rempli d'aliments ou d'air, sa pression est supérieure à celle qui existe dans la vésicule biliaire ouverte au dehors.

Dans les deux cas : à l'état de vacuité comme à l'état de plénitude de l'intestin une certaine force est nécessaire pour y chasser la bile.

Cette force n'est autre que la pression de la colonne liquide. Seulement elle ne pouvait probablement pas s'exercer à cause de la petite différence de niveau entre la fistule interne et la fistule externe. Il est vrai que dans le décubitus dorsal la fistule interne est située plus bas que l'externe, mais la différence de niveau n'est que de quelques centimètres.

Lorsque la vésicule se remplissait de bile, sa pression hydrostatique ne suffisait pas pour vaincre celle de l'intestin ou plutôt pour ouvrir la fistule cholécysto-intestinale.

A mesure qu'il s'accumulait plus de bile dans le réservoir il s'en écoulait aussi davantage au dehors ; de même qu'un verre trop rempli déborde. Tout cela me rappelait les expériences faites pour expliquer l'étranglement herniaire, les hypothèses sur la pression dans l'intestin afférent et efférent.

Ce mécanisme diffère comme on sait de celui qu'on observe lorsque des vases communiquants rigides sont parcourus par un liquide.

A tous ces obstacles venait s'ajouter l'obligation d'établir la fistule interne en un point plus éloigné du canal cystique que de la fistule externe.

Pourtant la fistule interne était située sur la paroi postéro-interne et la fistule externe sur la paroi antérieure.

Pour le moment, on cautérisait régulièrement la fistule externe avec le thermocautère et on appliquait un pansement compressif qui n'empêchait pas l'écoulement de la bile.

L'état général du malade était relativement bon ; les selles qu'on examinait tous les jours contenaient quelquefois de la bile en petite quantité, mais en général elles étaient aussi grisâtres qu'auparavant.

Trois semaines après l'opération, le pansement resta un jour complè-

tement sec ; il ne s'était pas écoulé une goutte de bile par la fistule externe quoique son ouverture ne fût pas oblitérée et la vésicule non remplie.

Le malade se réjouissait déjà de ce symptôme favorable ; malheureusement la joie fut de courte durée, car le lendemain, tout était comme auparavant ; pourtant, les selles étaient colorées et prouvaient ainsi que la bile s'était bien déversée dans l'intestin. Il me fut impossible de savoir pourquoi la communication avait été interrompue après si peu de temps.

Les cautérisations de la fistule externe n'ayant pas réussi, je suturai les bords après les avoir avivés.

Il n'y eut pas de réunion par première intention, et chaque point de suture suppura.

La fistule cholécysto-intestinale étant perméable, j'avais la ferme conviction de pouvoir oblitérer la fistule externe.

Le succès de cette opération dépendait de la manière dont elle serait faite. Voici les difficultés qui se présentaient : les interventions répétées avaient transformé en un tissu cicatriciel les parties molles autour de la fistule ; la peau s'était excoriée par le contact continuel de la bile ; de petites phlyctènes s'étaient formées, donnant naissance à des ulcérations superficielles.

A l'endroit où le côlon et la vésicule avaient été primitivement suturés à la paroi abdominale, on voyait une large cicatrice très adhérente aux deux viscères. Donc, c'eût été peine perdue que de refaire l'avivement et la suture de la fistule.

Le seul bon moyen, me semblait être la transplantation d'un lambeau tiré des parties molles situées en dehors de la fistule.

Je voulais mettre à nu la vésicule, autour de la fistule, enlever les bords de celle-ci et renverser la paroi en dedans pour la suturer d'après la méthode Lembert.

Le tissu cicatriciel autour de la fistule devait être enlevé et la perte de substance de la paroi abdominale comblée par le lambeau greffé.

Je ne me dissimulais pas un instant la difficulté de cette opération, ni la possibilité de son insuccès par suite des adhérences avec le côlon ascendant et l'intestin grêle.

Ne voulant pas abandonner l'œuvre commencée, *je procédai à l'opération le 9 janvier* 1881.

Le malade étant endormi, je commençai par dilater la fistule externe sans me servir de bistouri et j'y introduisis mon doigt.

Je fis une incision circulaire et je séparai par la dissection la fistule des parties environnantes. L'hémorrhagie du tissu cicatriciel hyperhémié gênait beaucoup.

Je rencontrai d'abord les adhérences intestinales, premièrement celle située au-dessus de la fistule puis celle de l'intestin grêle qui adhérait en outre à la vésicule, en dedans de la fistule externe.

Un nouveau facteur vint s'ajouter à ces difficultés, par l'écoulement de la bile. La vésicule s'était encore rétractée davantage et avait entraîné la fistule externe qui se trouvait au fond d'un entonnoir cutané.

Cette circonstance d'une part, l'hémorrhagie de l'autre, me forçaient à procéder très lentement.

Après avoir mis suffisamment à nu la paroi de la vésicule, j'enlevai les bords de la fistule et je passai les fils sans perforer la muqueuse.

Puis je taillai un lambeau à pédicule supérieur dans la peau intacte située en dehors de la fistule, en ayant soin d'enlever autant de tissu cellulaire que possible. Je le tournai en dedans sous un angle droit et je l'appliquai exactement sur les bords de la perte de substance.

La face interne du lambeau reposait sur la suture de la fistule externe et était maintenue dans cette position par un tampon de gaze phéniquée.

Pansement de Lister, opium à l'intérieur, lait pour toute nourriture.

Cette opération ne fut pas non plus suivie de péritonite localisée, pourtant son résultat fut déplorable. Au bout de trois jours la bile commençait à suinter à travers les points de suture et derrière le lambeau. La suppuration se faisait au niveau des fils et sur la face profonde du lambeau qui ne s'était pas réuni par première intention, sauf sur une petite étendue.

Quelques jours plus tard il s'écoula de la bile mêlée à des matières par une petite ouverture au bord interne du lambeau.

Je croyais d'abord que ces matières provenaient de l'intestin après avoir traversé la fistule interne et la vésicule, mais je vis bientôt qu'il n'en était rien. L'intestin était perforé et il s'était formé une fistule intestinale.

Ce n'était pas assez, une perforation nouvelle eut lieu au-dessus de la fistule.

Ces perforations étaient évidemment survenues à la suite de la suppuration au niveau des deux endroits où j'avais séparé le côlon et l'intestin grêle de la paroi abdominale et de la vésicule.

La paroi intestinale n'avait été comprise nulle part dans la suture.

Je l'avais fait exprès craignant la section par les fils, mais la paroi in-

testinale était si mince aux points mentionnés qu'elle n'avait pas pu résister à la suppuration.

Les symptômes de péritonite faisaient encore défaut cette fois-ci.

Voilà ce que je constatai quelques semaines après l'opération lorsque les symptômes aigus avaient disparu.

Les lambeaux cutanés s'étaient tellement rétractés que la fistule externe avait repris son ancien aspect.

En dedans de celle-ci se trouvait la fistule de l'intestin grêle en forme de fente. Elle était surmontée par le bord interne du lambeau. Quant à la fistule colique, elle était arrondie et située au-dessus de la fistule biliaire externe.

Par la première de ces fistules sortaient des matières liquides, mousseuses, grisâtres, en assez grande quantité ; par l'autre des matières fécales entièrement décolorées.

La bile s'écoulait au dehors comme auparavant, au début elle était mêlée à du pus. A ce moment je croyais le malade perdu.

Le malade fut atteint d'entérorrhagies artérielles dont la cause me resta inconnue.

La dernière opération l'avait en outre très affaibli par les pertes de sang qu'avait amenées le long décollement de la vésicule.

La nutrition souffrait beaucoup de l'écoulement continuel de la bile ; des diarrhées abondantes épuisaient le malade.

Les matières fécales suivaient en partie leur voie naturelle, mais il en sortait aussi par la fistule externe de l'intestin grêle, de sorte qu'on était obligé de changer le pansement 5 à 6 fois par jour.

L'état général du malade était pitoyable. Il était d'une maigreur squelettique ; la peau ridée et sèche présentait de larges eschares au niveau du sacrum et de la crête iliaque et des excoriations sur l'abdomen (produites par le contact des matières fécales). Bref, la situation semblait désespérée.

Les forces du malade n'étaient guère soutenues que par des repas fréquents qui n'étaient jamais suivis de vomissements.

Dans de pareilles conditions je ne pouvais pas songer à opérer le malade ; de plus il était complètement découragé, ce qui était facile à comprendre.

Pendant les mois qui suivirent, je ne le vis que rarement ; c'était le Dr Breyre qui le soignait. A vrai dire j'avais été tellement déçu et je me sentais si impuissant que je me considérais comme coupable vis-à-vis

du malade. Il survint heureusement du changement dans le cours de la maladie.

Malgré toutes les complications survenues, l'état général du malade s'améliora d'une manière tout à fait inattendue. La bile commença peu à peu à s'écouler par la fistule cholécysto-intestinale.

Lorsque le Dr Breyre me rapporta ce fait, ma première pensée fut que le canal cholédoque était redevenu perméable.

Je croyais d'abord que mon opération n'avait pas réussi, mais les deux fistules intestinales me firent constater mon erreur.

La bile ne se déversait pas dans l'intestin par le canal cholédoque, mais par la fistule biliaire interne, puisque les matières fécales sortant par la fistule de l'intestin grêle étaient décolorées, pendant que celles qui traversaient la fistule colique étaient normales.

La différence des matières qui sortaient par les deux fistules ne laissait aucun doute sur ce fait.

Les matières sortaient décolorées par la fistule de l'intestin grêle évidemment parce qu'elle était située plus près de l'estomac que la communication avec la vésicule biliaire.

C'est au niveau de cette dernière que la bile se mêlait aux matières fécales et cela nous explique pourquoi elles passaient colorées à travers la fistule colique. A leur sortie par l'anus les selles étaient normales et de couleur brun foncé.

Enfin nous avions atteint notre but primitif quoique par bien des détours.

Je crois que le rétrécissement cicatriciel qui suivit la dernière opération avait modifié les conditions mécaniques ; ce qui permettait à la bile de s'écouler dans l'intestin.

Ce sont là sans doute des hypothèses.

En réalité j'ignore le mécanisme par lequel l'écoulement se faisait maintenant.

Je ne comprends pas davantage pourquoi autrefois les matières fécales pénétraient dans la vésicule tandis que la bile n'arrivait pas dans l'intestin.

Au point de vue théorique le traitement avait été suivi de succès, mais en réalité l'état du malade était maintenant pire que jamais.

A la place d'une fistule biliaire il y avait maintenant deux fistules intestinales et la fistule biliaire restait toujours ouverte.

Je saute maintenant une période de plusieurs mois pendant laquelle je ne vis plus le malade.

Ce n'est qu'au commencement d'octobre 1881 qu'il revint me voir.

Il était si changé que je le reconnaissais à peine.

L'état général était excellent, la maigreur avait fait place à un embonpoint modéré, le visage était frais.

Le malade était sur pied toute la journée, faisait régulièrement sa promenade, prenait une nourriture ordinaire et la digérait bien. La principale quantité des matières fécales sortait par l'anus parce que l'ouverture des deux fistules intestinales était fermée par le pansement.

Pour prévenir l'écoulement des matières au dehors, le malade avait bouché les deux fistules avec un tampon de charpie.

Au début ces tampons avaient été tout petits, mais peu à peu ils avaient dilaté les fistules.

A présent la fistule de l'intestin exigeait un tampon de plusieurs centimètres de longueur et de l'épasseur d'un gros pouce ; tandis que le tampon de la fistule colique présentait le calibre du petit doigt.

Au moyen de ces deux tampons le malade empêchait le passage des matières fécales à tel point que le pansement n'avait besoin d'être changé que tous les deux jours.

Le malade avait introduit, par habitude, dans l'ancienne fistule biliaire un drain dont le bout externe plongeait dans un flacon que le malade portait autour du cou comme un bidon. Ce flacon recevait par jour quelques centimètres cubes d'un liquide séro-purulent, incolore et trouble, sans aucune ressemblance avec la bile qui sortait autrefois par la fissure externe.

A l'examen local, je voyais que la fistule biliaire externe était rétractée comme un entonnoir et j'y pouvais juste introduire une sonde en caoutchouc de moyen calibre.

La fistule colique, située immédiatement au-dessus était représentée par une ouverture ronde de la grandeur du petit doigt à travers laquelle la muqueuse faisait hernie comme un bourrelet.

La fistule de l'intestin grêle située à peu près à cinq centimètres en dedans de la fistule biliaire était suffisamment grande pour qu'on pût y introduire le pouce ; elle rappelait assez bien un anus contre nature survenu par gangrène d'une anse intestinale étranglée.

La muqueuse en sortait quelquefois de plusieurs centimètres comme un doigt de gant retourné. Cette énorme dilatation des deux fistules in-

testinales provenait sans doute de l'introduction des tampons dont le calibre présentait maintenant 5 ou 6 fois son volume primitif.

Et comme les fistules n'avait pas été cautérisées on ne pouvait dire qu'elles avaient été dilatées artificiellement jusqu'au maximum de leur calibre.

Néanmoins, le malade avait repris courage ; il me pria instamment de le débarrasser de ses fistules.

La fistule biliaire ne le gênait plus. Il se passait souvent des journées entières sans qu'il s'écoulât une seule goutte de liquide ; probablement la fistule se serait déjà fermée d'elle-même si elle n'avait été maintenue béante par le drain.

L'écoulement de la bile dans l'intestin se faisait régulièrement. Il existait toujours une différence entre les matières décolorées sortant par la fistule de l'intestin grêle et les matières normales passant par la fistule colique et par l'anus.

Il ne pouvait donc s'agir que de l'oblitération des deux fistules intestinales externes. L'étendue de la fistule de l'intestin grêle paraissait une contre-indication pour l'avivement suivi de suture.

Aussi pensai-je un moment à la résection circulaire de l'intestin, mais j'abandonnai bien vite cette idée à cause des adhérences multiples de l'intestin avec la vésicule biliaire et la paroi abdominale.

Pour rendre l'intestin mobile il aurait fallu en mettre à nu une grande partie ; mais je ne voulais pas provoquer le danger d'une suppuration ou même d'une nouvelle perforation. Je craignais aussi de troubler les fonctions de la fistule cholécysto-intestinale par le déplacement des anses intestinales par la rétraction cicatricielle.

Je me décidai donc à l'oblitération des deux fistules.

Le 14 novembre 1881, le malade étant endormi, je fis une incision circulaire autour de la fistule de l'intestin grêle ; puis je disséquai tout autour la paroi intestinale sur une étendue de trois centimètres.

J'avivai alors les bords de la fistule en les coupant obliquement de dehors en dedans. Je les suturai de sorte que la muqueuse intestinale semblait renversée en dedans, tandis que les bords s'appliquaient exactement l'un contre l'autre.

Les fils ne perforaient pas complètement la muqueuse, mais n'en prenaient que les couches extérieures.

Je coupai les fils au ras. En outre je passai, d'après la méthode Lembert, une série de fils qui mettaient exactement en contact les deux sur-

faces externes de la surface intestinale. Enfin je mis des points de suture superficiels.

Lorsque j'eus serré les fils, la tension était assez grande ; pourtant je ne voulais pas comprendre dans la suture une plus grande partie de paroi pour ne pas trop rétrécir le calibre de l'intestin. Les bords de la plaie cutanée ne pouvaient pas être réunis à cause de la trop grande tension.

La fistule colique fut avivée et suturée de la même manière.

Je saupoudrai la plaie de la fistule de l'intestin grêle avec de l'iodoforme. J'appliquai par-dessus un pansement qui était traversé par le drain de la fistule biliaire resté en place.

Malgré les mauvaises conditions locales et son gros calibre la fistule de l'intestin grêle se fermait par première intention. Au contraire, la fistule colique dont les conditions avaient été plus favorables se rouvrit.

J'ai la ferme conviction qu'on doit attribuer la guérison de la fistule de l'intestin grêle au pansement à l'iodoforme. La suppuration qui survenait toujours dans les opérations fit défaut cette fois.

Le passage des matières fécales par la fistule colique, trois jours après l'opération, n'influençait nullement la guérison de l'autre fistule; elle était et restait fermée. Bientôt je vis guérir aussi les ulcérations de la peau par le pansement à l'iodoforme.

La paroi abdominale reprenait peu à peu son aspect normal quoiqu'il fût impossible d'éviter son contact avec des matières fécales provenant du côlon ascendant.

Bien qu'incomplet, le résultat eut une bonne influence sur l'état général. La digestion se faisait régulièrement, de sorte qu'il y eut tous les jours par l'anus des selles abondantes, molles, colorées.

Heureusement, ma crainte de voir l'intestin grêle se rétrécir après l'opération n'était pas fondée.

Une petite partie des matières fécales passait toujours à travers la fistule colique. Souvent, il ne s'en écoulait pas pendant toute une journée ; l'ouverture de la fistule diminuait de calibre, mais elle ne voulait pas se fermer.

J'avais naturellement interdit au malade de l'oblitérer au moyen d'un tampon comme il l'avait déjà fait.

Le malade ne pouvait pas supporter un bandage compressif pour empêcher le passage des matières et accélérer l'oblitération de la fistule. Du reste, il était si heureux de se voir débarrassé de la fistule de l'intestin grêle que pour le moment il ne demandait rien de plus.

Ce long traitement semblait tout de même mener à un bon résultat. Mais l'oblitération de la fistule colique nous donna encore bien du mal au malade et à moi.

D'abord j'en fis cautériser régulièrement les bords ; plus tard, la fistule fut fréquemment avivée au bistouri.

Toutes ces interventions n'amenaient pourtant que le rétrécissement de la fistule. La seule voie qui me restait était de recommencer l'opération.

J'ai précédemment expliqué pourquoi je trouvai la résection intestinale contre-indiquée.

Je procédai donc à l'avivement suivi de suture tout à fait comme la première fois.

L'opération fut difficile et ne donna tout d'abord aucun résultat positif.

Ce n'est qu'après trois opérations analogues que je parvins à réunir une partie des bords de la fistule, ce qui la réduisit, à peu près, à la moitié de son calibre.

La cause de l'insuccès était évidemment la présence de tissu cicatriciel tout autour de la perte de substance. Ce tissu se rétractant écartait puissamment les bords de la fistule.

Les deux dernières opérations ne furent pas suivies de réaction locale ni générale.

Il semblait, pour ainsi dire, que le péritoine de cet individu était endurci par toutes ces opérations, il n'y aurait là rien d'étonnant puisque le péritoine avait été ouvert sept fois en un an et demi.

L'opération de la fistule avait eu lieu à la fin de janvier 1882.

J'avais l'espoir de pouvoir obtenir la guérison complète par des cautérisations méthodiques. Je les fis au thermocautère. La fistule ne se rétrécit que lentement et par intermittences.

Enfin, au commencement d'avril 1882 j'eus la joie de voir le malade complètement guéri.

La fistule biliaire s'était fermée dès qu'on avait enlevé le drain, avant la fistule colique.

Observation II. — *Traitement chirurgical de l'obstruction complète du canal cholédoque.* Un cas par le Dr Monastyrki (1).

A. J..., 50 ans, cuisinière, souffrait depuis longtemps de constipation, mais à part cela était bien portante. Dans la nuit du 20 janvier 1887, elle fut prise sans cause connue, de malaises, de vomissements, puis de frissons et de sensation de chaleur et de soif. Elle ressentit de violentes démangeaisons de la peau et son urine produisait des taches jaunes sur le linge. Sa peau n'était pas, à ce qu'elle disait, colorée en jaune. Elle avait des accès de fièvre journaliers. Quatre ou cinq jours après le début de la maladie, la malade ressentit subitement en marchant une si violente douleur dans l'hypochondre droit qu'elle ne put plus faire un pas. A ce moment, en palpant la partie droite de son ventre, elle sentit une tumeur très sensible et deux ou trois jours après, sa peau se colora en jaune safran.

La malade entra le 3 février à l'hôpital du village Alexandrowo. On trouva les selles complètement décolorées. Pendant deux mois, accès de fièvre journaliers (la température dépassant pendant ces accès souvent 39°), manque total d'appétit, amaigrissement, augmentation de la constipation. L'ictère avait un peu diminué depuis le 9 février, mais il persistait ; on avait constaté dès l'entrée de la malade une augmentation de volume du foie, une vésicule biliaire augmentée de volume et douloureuse à la palpation. Le 25 avril, la malade entra dans le service des maladies internes de M. le professeur Eichwald, à l'institut clinique de la princesse Hélène Pawlowna. On constata chez la malade une faiblesse excessive, une diminution du tissu graisseux, un ictère intense ; le ventre était ballonné. Souffle cardiaque anémique sous la clavicule droite, expiration bronchiale. On sentait à la palpation la vésicule biliaire sous forme d'une tumeur distendue, unie, du volume d'une grosse poire, peu mobile latéralement, et qui suivait les mouvements respiratoires. A la partie interne de la vésicule biliaire, on sent confusément une masse dure, de laquelle part un prolongement qui semble se diriger en haut, en avant et un peu en dehors, et qui semble se perdre dans l'angle formé par le côté interne de la vésicule biliaire et le bord inférieur du foie. Cette masse dure était sensible à la pression. Les matières fécales étaient dé-

(1) N.-D. Monastyrki, *Chirurg. Westnik*, 1888, nos de mai et juin. Traduit dans le *Centralblatt für Chirurgie*, 1888, no 42, p. 778, par G. Tilling.

colorées, ne renfermant ni acides biliaires, ni cholestérine. L'urine était acide, avait une densité de 1007 à 1016, et donnait la réaction de la bile. La malade avait presque tous les jours à une heure un léger frisson suivi d'une élévation de température, laquelle s'abaissait de nouveau le lendemain matin. L'élévation de température était généralement plus considérable tous les quatre jours.

Comme l'état général de la malade ne s'améliorait pas, mais empirait au contraire, M. Monastyrki fit, le 4 mai 1887, la laparotomie, soit pour enlever l'obstacle à l'excrétion de la bile, soit pour créer une fistule de la vésicule biliaire dans l'intestin grêle. Incision sur la tumeur, longue de 16 centimètres, partant de la courbure des côtes et allant parallèlement à la ligne blanche. Écoulement d'environ un litre de liquide ascitique. Les conduits cholédoque, cystique et hépatique furent facilement trouvés, car ils étaient fortement distendus ; au point de jonction du conduit cholédoque avec le duodénum on trouva une tumeur assez dure, de surface inégale, adhérant au duodénum. Sous la face inférieure du foie, ganglions métastatiques. M. Monastyrki se décida par conséquent à créer une fistule de la vésicule biliaire dans l'intestin grêle. La vésicule biliaire fut sortie de la cavité abdominale et fut ponctionnée ; il s'écoula un liquide trouble, de couleur gris jaune, liquide qui devint de plus en plus épais à la fin de la ponction. On mit ensuite sur la vésicule biliaire deux compresseurs de Rydygier, puis on incisa la vésicule biliaire suivant une direction oblique, sur une longueur de deux centimètres, et on lava sa cavité avec une solution phéniquée à 5 0/0.

On attira ensuite au dehors une anse libre du jéjunum, on la débarrassa de son contenu en la pressant de haut en bas, et on la fixa au dehors par deux fils de soie passés en anse, puis on incisa également cette anse dans la direction longitudinale, et on recouvrit la plaie abdominale avec des serviettes désinfectées, de manière à faire les sutures de la fistule complètement hors de l'abdomen. On sutura la fistule de la manière suivante : on fixa d'abord l'intestin et la vésicule biliaire l'un à l'autre par une suture en surjet qui ne comprenait que la séreuse et on entoura cette suture en surjet d'un cercle de sutures entrecoupées de Lembert. On enleva ensuite les compresseurs qui étaient sur la vésicule biliaire, ainsi que les deux fils de soie qui servaient à attirer au dehors le jéjunum, et on ferma la plaie abdominale.

La malade supporta bien l'opération.

Le 18 mai, on change le pansement et on enlève les points de suture profonds de la paroi abdominale.

Fin mai, la malade se promenait au jardin.

La fièvre cessa le jour de l'opération. État général bon, cependant l'amaigrissement continue à progresser.

L'ictère devint moins intense, mais ne disparut pas complètement

Urine abondante et plus claire qu'avant l'opération ; on pouvait cependant encore y déceler des traces de pigments biliaires.

La première selle après l'opération se produisit au bout de neuf jours, c'était une masse colorée en noir, probablement par du sang ; les selles qui suivirent celle-ci, et jusqu'au 22 mai, étaient des matières fécales complètement décolorées comme avant l'opération.

Le 23. Selle colorée.

Du 27 au 28 mai. Selles de nouveau décolorées.

Du 30 mai au 5 juin. Selles normales, puis, plus tard, selles décolorées.

A partir du 22 juin, vomissements fréquents ; douleurs au creux épigastrique.

Le 4 juillet, la malade mourut au milieu de symptômes analogues à ceux produits par le rétrécissement du pylore.

Autopsie. — Estomac très ballonné. En ouvrant l'anse du jéjunum qui était suturée à la vésicule biliaire, on aperçoit dans cette anse une petite ouverture ronde à bords lisses qui fait communiquer cette anse avec la vésicule biliaire et qui permet l'introduction du petit doigt.

Longueur de l'intestin depuis le commencement du jéjunum jusqu'à la fistule, 2^{m} 11 ; longueur de l'intestin depuis la fistule jusqu'au cæcum 4^{m}, 44.

L'endroit où siège la caroncule duodénale était envahi par des abcès cancéreux. La masse cancéreuse cheminait sans interruption jusque sur la tête du pancréas, qui était sans nul doute le point d'origine de la masse cancéreuse.

Observation III. — *Cholécystentérostomie*, par O. Kappeler (1).

Le nommé L... Max, âgé de 55 ans, chauffeur, fut admis à l'hôpital le 23 avril 1887. Il nous fit le récit suivant sur ses antécédents patholo-

(1) O. Kappeler Die einzeitige Cholecystenterostomie. *Correspondenz-Blatt fur Schweizer-Aerzte*, 1er septembre 1887, p. 513.

giques et sur ceux de sa famille, et nous raconta le commencement et l'évolution de son ictère.

Son père mourut phthisique à 52 ans, sa mère après une courte maladie à 55 ans.

Le plus jeune de ses quatre frères mourut à l'étranger d'une maladie restée inconnue, ses trois autres frères vivent et sont bien portants.

Le malade lui-même est marié depuis 1862 et père de deux enfants qui se portent bien. Il était auparavant fort et bien portant sauf quelques petites blessures qu'il se fit au pied en travaillant.

Le 13 décembre 1886, il tomba, en travaillant, dans une cuve, et fut porté chez lui. Pendant trois jours il eut la fièvre et fut très faible. Pendant les quinze jours qui suivirent, il ne put pas travailler à cause d'oppression, de faiblesse et de perte d'appétit.

Au bout de ces quinze jours, il reprit son travail à l'usine et le continua sans interruption jusqu'au 28 février. Toutefois, le 20 février il avait déjà remarqué qu'il était ictérique.

Le médecin qu'il consulta reconnut l'ictère. Cet ictère s'était par conséquent manifesté sans vomissements, sans douleurs de ventre, seulement par une sensation de grande faiblesse et de perte d'appétit. Ces symptômes ne forcèrent pas le malade à prendre le lit, mais il dut quitter son travail. Le médecin traitant assista à l'évolution suivante jusqu'au 23 avril. Il n'y eut jamais de vomissements ni de coliques, jamais d'ascite, ni d'œdème. Par contre, il eut du manque d'appétit, avec faiblesse et amaigrissement. Le sommeil fut troublé par un prurit cutané intense.

Il observa un ictère persistant avec selles décolorées et une urine colorée par un pigment biliaire. Le foie se tuméfia peu à peu et on observa que, pendant ces quatre semaines de maladie, une tumeur de la vésicule biliaire s'était formée.

La thérapeutique consista en administration de sel de Carlsbad, en massage et en faradisation de la vésicule biliaire.

Lorsque le malade entra à l'hôpital, le symptôme dominant était un ictère foncé. La face, les mains et les autres parties du corps étaient d'une couleur bronzée, jaune noirâtre. Les sclérotiques étaient d'une couleur jaune orange et la muqueuse buccale d'un jaune intense. En même temps, le malade était maigre, faible, fatigué. Il ne pouvait rester levé que quelques heures. La langue était sale. L'appétit changeant, tantôt de la boulimie, tantôt un appétit modéré, tantôt de l'anorexie. Les selles étaient

sèches, fétides et d'une coloration rougeâtre. Il n'y avait pas de douleurs de ventre et il n'y en avait jamais eu. L'urine était brun foncé avec un disque jaunâtre. Elle ne renfermait ni albumine ni sucre. La réaction de Gmelin décelait la présence de la bile. La peau présentait à la partie postérieure de la tête, à la poitrine, à la partie supérieure des cuisses, des traces de coups d'ongles et le symptôme qui tourmentait le plus le malade était un prurit permanent sur la peau, surtout la nuit à cause de la chaleur du lit. Il en résultait une insomnie presque complète qui épuisait le malade. Soixante-quatre pulsations, 37° de température.

L'examen des poumons et du cœur ne décela rien d'anormal. Bruits du cœur obscurs et sans souffle. La voix était remarquablement éteinte, parfois enrouée et fatiguée. Le laryngoscope ne décela rien d'anormal en dehors de l'ictère des cordes vocales. L'abdomen était un peu balonné dans ses parties inférieures. Le côlon ascendant et le côlon descendant formaient des bourrelets qui se dessinaient sur les parties avoisinantes. Les parois abdominales étaient flasques. La pression ne déterminait aucune douleur. La matité du foie commençait sur la ligne mamelonnaire au bord supérieur de la septième côte et dépassait d'un travers de doigt le bord libre des fausses côtes. Sur la ligne médiane, la limite du foie se trouvait au milieu de la distance qui sépare l'appendice xyphoïde du nombril. Du bord inférieur du foie vers son milieu partait une tumeur adhérente à l'organe, et le débordant de cinq à six centimètres. Cette tumeur avait la forme d'une poire, était résistante et élastique et on pouvait y constater une fluctuation manifeste quand les parties de l'abdomen étaient relâchées.

La partie la plus inférieure de cette tumeur descendait au-dessus de la ligne des épines iliaques. Le bord inférieur du foie était assez tranchant, sa surface était lisse, ferme, nulle part douloureuse à la pression.

La matité de la rate mesurait sept à huit centimètres de hauteur. Cette matité ne dépassait pas la partie antérieure de la ligne axillaire et l'organe n'était pas senti à la palpation.

Les ganglions inguinaux de chaque côté étaient facilement sentis, ils étaient un peu tuméfiés, mais pas durs. Pas d'œdème. Les particularités suivantes sont à noter depuis l'entrée du malade jusqu'au 6 juin.

L'ictère resta le même, la peau se colora de plus en plus. Les sclérotiques devinrent encore plus jaunes et le malade était pour les autres malades un objet d'épouvante et de pitié. Les selles avaient toujours la couleur gris clair qu'elles présentaient le jour de l'entrée et l'urine don-

nait la réaction de la bile chaque fois qu'on l'analysait. Le prurit insupportable de la peau qu'on ne pouvait calmer ni par les bains, les compresses humides, la morphine à haute dose, causait des insomnies et rendait la vie insupportable au malade. En outre, il avait entendu dire son médecin qu'on pouvait guérir cette maladie par une opération.

Il sollicitait donc instamment l'intervention.

L'état général souffrait de cette situation par suite de manque de sommeil, quoique l'appétit fût conservé. Le corps avait augmenté de quatre livres du 29 avril au 28 mai par suite du repos et de la nourriture meilleure que le malade avait à l'hôpital. Le poids du corps diminua de deux livres du 28 mai au 4 juin. Le malade devint plus faible à vue d'œil, sa voix s'affaiblit, se fatigua ; il devint presque aphone. Son caractère s'aigrit ; il se sentait mourir.

Il n'y eut pas de ralentissement du pouls à proprement parler. Les pulsations oscillaient de 64 à 76 à la minute. Il n'y eut pas d'élévation de température, même passagère. Au contraire elle se montrait plutôt au-dessous de la normale, c'est-à-dire entre 36 et 37°, et le soir elle ne dépassait jamais 37°,4.

Pendant tout le temps de son séjour à l'hôpital, il ne se plaignit jamais de douleurs, ni dans le ventre ni dans le côté droit. Une seule fois pendant un temps très court il eut une sensation de tension dans la région du foie.

Les limites de la matité du foie restèrent ce qu'elles étaient. La tumeur fluctuante et élastique qui faisait saillie sous le bord du foie et que l'on avait diagnostiquée comme étant une tumeur de la vésicule biliaire, devint de plus en plus manifeste et augmenta dans sa longueur et dans sa largeur.

Comme nous l'avons déjà dit, le traitement dirigé contre le prurit de la peau n'eut aucun succès. On injecta systématiquement et régulièrement de grandes quantités d'eau dans le rectum sans résultat pour l'ictère.

Le diagnostic était facile jusqu'à un certain point. L'ictère foncé, les selles décolorées, l'urine renfermant de la bile, la tuméfaction du foie et la tumeur de la vésicule biliaire permettaient avec certitude de reconnaître l'imperméabilité du canal cholédoque.

Comment cette imperméabilité s'était-elle produite, c'est ce qu'il était difficile de dire avec certitude. On pouvait de suite éliminer un ictère catarrhal simple à cause de l'inefficacité de tous les moyens thérapeuti-

ques employés jusqu'alors. Le manque de coliques hépatiques antérieures et l'absence de douleurs dans le ventre, dans la région hépatique, rendaient très improbable aussi l'obstruction du canal cholédoque par des calculs biliaires. On n'avait aucune raison non plus de croire à l'obstruction du cholédoque à la suite d'un processus inflammatoire du foie et des canaux biliaires, comme cela se rencontre quelquefois lors d'adhérences, d'étranglement, etc. On ne pouvait pas non plus croire à une obstruction par des parasites.

A l'examen du ventre on ne sentait pas de tumeur, mais comme le foie était hypertrophié on pouvait toujours se dire que le résultat négatif de la palpation n'éliminait pas cette hypothèse, car cette tumeur pouvait partir soit de la veine porte, soit du pancréas ou du duodénum.

Dans le foie même on ne sentait pas de noyaux indurés.

Mais comme une obstruction permanente du cholédoque avec les conséquences qu'elle entraine, amène infailliblement la mort et qu'on ne peut pas et ne doit pas attendre pour intervenir chirurgicalement que l'épuisement du malade ait atteint un degré tel que toute intervention se trouve par là même éliminée, je cédais aux supplications du malade et je lui proposai de faire une incision exploratrice, en me réservant, d'après ce que je trouverais, de terminer l'opération par cette incision ou d'aller plus loin. Cette proposition fut acceptée avec reconnaissance par le malade.

Opération. — Je n'énumérerai pas les préparatifs nécessaires à toute laparotomie.

Le 6 *juin* 1887 dans la matinée on fait l'opération de la manière suivante :

Incision longitudinale parallèle à la ligne blanche sur le bord externe du muscle droit de l'abdomen, longue de vingt centimètres, située environ sur le milieu de la tumeur formée par la vésicule biliaire et commençant au-dessous du rebord costal. On sépare couche par couche la peau, le tissu cellulaire, le fascia superficialis. On arrive alors sur quelques fibres du muscle droit, puis, en les écartant, sur les tissus fibreux situés au-dessous du muscle. On fait l'hémostase. On traverse ces tissus fibreux ainsi que le péritoine qui est épaissi et opalescent. On aperçoit alors de suite à travers la plaie, le foie et la vésicule biliaire fortement distendue. Elle a la forme d'un œuf d'oie qui reposerait sur sa pointe. En palpant la vésicule biliaire attentivement jusqu'au canal cystique, on reconnait que toutes ses parois sont lisses et ont une consistance molle

et fluctuante. On ne sent nulle part de concrétions. La face inférieure du foie présente partout une surface lisse. L'estomac et le pylore donnent une sensation lisse et unie. On sent par contre une tumeur bosselée du volume du poing située obliquement sur la colonne vertébrale et un peu mobile sur elle. Cette tumeur d'après la situation répond au pancréas. On attire un peu la vésicule, on la maintient hors du péritoine au moyen de compresses chaudes, salicylées et on la ponctionne avec un trocart de moyenne grandeur. Il s'écoule un jet de bile noir-verdâtre, filante, en tout 350 gr. On nettoie ensuite avec soin la vésicule biliaire avec de l'eau salicylée. On explore ensuite le hile du foie et les régions voisines. On obtient le même résultat que la première fois.

Maintenant la situation était claire : le canal cystique était perméable, car dans la vésicule hypertrophiée, on avait trouvé de la bile non altérée. Mais le canal cholédoque était probablement comprimé par une tumeur dépendant du pancréas. Peut-être que la tumeur entourait complètement le canal cholédoque ou bien elle avait envahi les parois de ce canal. Comme il n'était pas question de pouvoir tenter l'extirpation de la tumeur, on pouvait faire une des trois choses suivantes :

1° Fermer la vésicule et la réduire ;

2° Créer une fistule biliaire externe ;

3° Mettre la vésicule biliaire en communication avec l'intestin.

Mais fermer la vésicule biliaire après l'avoir vidée et la réduire, n'aurait fourni au malade aucun bénéfice durable. Cela aurait pu, par contre, produire cette complication regrettable que lorsque la vésicule biliaire se serait remplie de nouveau, la suture aurait pu céder.

En créant une suture biliaire externe, on aurait bien remédié à l'ictère, mais on aurait supprimé l'action de la bile pendant la digestion et on aurait eu tous les ennuis d'une fistule externe.

Je me décidai donc franchement à créer une fistule de la vésicule biliaire dans l'intestin.

Il ne pouvait être question de créer cette petite fistule avec le duodénum à cause de sa situation profonde par suite de l'augmentation et du déplacement du foie. Je me décidai par conséquent à choisir comme lieu d'élection pour l'arrivée de la bile dans l'intestin, l'anse de l'intestin grêle la plus proche et qui pouvait être accolée à la vésicule biliaire sans traction et sans coudure de l'intestin. Le côlon ne fut pas visible.

Après avoir fermé provisoirement l'ouverture faite par le trocart dans la vésicule, on attire l'anse de l'intestin grêle la plus proche, on la vide

de son contenu par pression, et on la sépare momentanément du reste de l'intestin dans une longueur de 6 c. en passant deux catguts à travers le mésentère au moyen de l'aiguille pour ligature et en les tenant soulevés. On ouvre maintenant l'anse intestinale ainsi isolée au moyen d'une incision longitudinale de 2 c. Puis on agrandit avec les ciseaux l'ouverture du trocart dans une longueur égale et dans la même direction que l'incision faite à l'intestin. On rapproche maintenant les incisions l'une de l'autre. On place en arrière des fils pour unir séreuse à séreuse d'après la méthode de Woelfler pour l'estomac, puis au-dessus des points serrés pour unir les deux muqueuses. Cette suture des muqueuses est continuée sur les côtés et en avant, de façon à former un anneau complet permettant l'introduction d'un crayon. Enfin, sur les côtés et en avant, où il en manque, on place des points de suture de Czerny.

On désinfecte avec soin les lignes de suture avec la solution salicylée, on inspecte encore avec soin les points de suture, puis on réduit l'intestin et la vésicule biliaire. Une partie de l'épiploon saillante dans la plaie fut étalée avec soin sur la ligne des sutures.

Maintenant on procéda à la suture de la paroi de la façon suivante : suture continue au catgut du péritoine, suture identique de la couche musculaire, enfin suture continue à surjet ; pas de drainage.

Ensuite, collodion iodoformé, ouate de bois et bande de flanelle. Chloroforme, environ 100 grammes. Après l'opération le malade respirait fortement et régulièrement, avait 60 pulsations.

Le liquide retiré de la vésicule avait un poids spécifique de 1010 et une réaction alcaline ; il présentait la réaction de la bile par l'acide azotique nitreux et par la réaction de Pettenkoffer. Les parties concentrées de ce liquide renfermaient des cristaux de cholestérine.

Le jour de l'opération, le malade fut sous l'influence du chloroforme jusqu'au soir. Il se plaignait de la soif et d'une sensation de tension au niveau de la plaie et dans le bas-ventre.

Le 7 *juin*. — Pouls fort, 88 pulsations, 37°,7 le matin. Faciès reposé. Quelques douleurs au niveau de la plaie et sensation de grande faiblesse dans le bras droit. Soif vive. Tension dans le bas-ventre. Émission de vents. Urines un peu troubles et foncées, présentant nettement la réaction de la bile. Température 37°9, et le soir 38°1. Lait glacé, malaga, eau de Seltz. Deux lavements avec 15 gouttes de teinture d'opium. Le soir, injection de morphine de 0 gr. 015.

Le 8. — Le malade a bien dormi, mais a souffert de la soif. A 5 heu-

res, le matin, il souffre quelques instants dans la région du foie. Etat général bon. Pouls 88. Température 37°,4. Toujours soif vive, voix enrouée et sourde. Langue humide, bas-ventre plus souple, indolore à la pression. Émission fréquente de gaz, pas de selle. Coloration ictérique. Le soir, pouls 128, température 38°,4. Petit lait, lait doux, malaga avec eau de Seltz, 30 gouttes de teinture d'opium par lavement. Le soir, injection de morphine.

Le 9. — Bonne nuit, mais soif vive, traits tirés, sécheresse dans la gorge, voix faible et éteinte. Pouls 110, dépressible, 38°,2. Bas-ventre souple et indolore à la pression. Émission de gaz. Pigment biliaire dans l'urine. Somnolence et faiblesse dans la main droite. Le prurit de la peau n'a pas encore disparu, mais il est moins intense. La coloration des sclérotiques a passé au jaune clair. Température à 1 heure du soir 38°6, le soir à 5 heures 37°,9, pouls 120. Même régime. Il prend du petit lait en assez grande quantité.

Le 10. — Dans la nuit deux vomissements qu'on attribue à l'absorption du petit lait. On n'ordonne plus que de la glace et du malaga avec du beef-tea ; 120 pulsations ; 38°. Evacuation du rectum au moyen d'un lavement d'eau tiède pour le débarrasser d'une quantité de matières fécales grises et demi-liquides qui le remplissaient. Dans l'urine, on trouve du pigment biliaire ; par contre, dans les matières vomies, en les filtrant, on ne peut pas déceler de pigment biliaire. Pas de douleurs, soif modérée. A partir de ce jour, la température se maintient au-dessous de 38 et le pouls au-dessous de 100. On se borne à une injection de morphine le soir.

Le 11. — Le malade rend le beef-tea qu'il a absorbé, on le remplace à partir de ce moment par du bouillon glacé, 1040 centimètres cubes d'urine contenant toujours du pigment biliaire. Prurit presque complètement disparu, sclérotique jaune souffre à la place de la coloration jaune orange. Le malade va à la selle pour la première fois et ses matières sont jaune paille.

A partir du 12 juin, amélioration rapide et persistante. Le malade se sent bien, sa voix s'affermit, l'appétit revient. Il n'y a pas de douleur dans le bas-ventre qui est souple et indolore. Langue humide.

Une selle tous les jours avec matières légèrement colorées comme les selles des nouveau-nés. La quantité d'urine en 24 heures oscille entre 1120 et 1550 centimètres cubes.

Le 14. — L'urine ne donne plus pour la première fois la réaction de la bile et ce jour-là on permet la viande comme nourriture.

Le prurit est insignifiant et persiste à peine au niveau de la nuque. Les sclérotiques deviennent plus claires chaque jour ainsi que la peau. On cesse la morphine.

Du 14 au 22. — La convalescence s'établit et les forces du malade reviennent rapidement. Sommeil et appétit excellents.

La plaie, réunie par première intention, n'est plus recouverte qu'avec du collodion iodoformé et du protective. Prurit rare localisé à la nuque.

L'épiderme se détache par lambeaux sur le tronc et les extrémités et la coloration jaune de la peau fait place à une coloration gris-brun comme avant la maladie. Le bas-ventre est souple et complètement indolore. Tous les jours scibales de couleur soufrée donnant, diluées dans l'eau, la réaction de Pettenkoffer.

L'urine devient chaque jour plus claire (1200 à 1500 gr. en 24 heures). Le 19 juin, elle est devenue jaune paille et ne renfermait plus de pigment biliaire.

Les sclérotiques devinrent de plus en plus claires.

Du 22 *juin* au 1er *juillet*. — Le malade se lève pour la première fois le 22 juin, il ne souffre pas du ventre, il se plaint seulement de sensation de malaise et de faiblesse du bras droit. Il reprend rapidement ses forces. Sa voix redevient vibrante. La peau et les sclérotiques deviennent de plus en plus claires. L'urine est normale et les selles uniformément jaunes. Le malade, pesé le 27 juin, a augmenté de 4 kilog. 500.

Dans la nuit du 30 juin il fut pris, dans le côté droit, de douleurs que l'on dut localiser dans le foie; la respiration étant normale au-dessus. Quand il se couchait sur le côté gauche, il éprouvait une sensation de déchirure et de tiraillement. Ces douleurs continuèrent jusqu'au 5 juillet avec élévation de température; selles décolorées sans ictère.

Les selles redevinrent normales le 11 juillet.

Pendant que les selles étaient décolorées on trouvait quand même du pigment biliaire au moyen de la réaction de Pettenkoffer. En les agitant avec de l'éther l'acide osmique décelait la présence de la graisse.

Aujourd'hui (juillet 1887), comme vous pouvez le constater sur le malade, on observe ce qui suit :

Le malade jouit d'une très bonne santé, il ne souffre plus, il est encore maigre mais a augmenté de deux kilogr. depuis la dernière pesée. La peau est fortement pigmentée comme elle l'était auparavant, mais

sans ictère, les sclérotiques sont parfaitement blanches, la muqueuse buccale est rose sans teinte jaunâtre. 64 pulsations. La température oscille entre 37° et 37°,5. L'urine est jaune paille sans albumine et sans pigment biliaire. Les selles sont jaune brun. Pas d'œdème. L'abdomen est déprimé dans sa partie supérieure et légèrement ballonné en bas au-dessous de l'ombilic.

La cicatrice est rougeâtre et s'étend depuis deux travers de doigt du rebord costal jusqu'à un travers de main au-dessus du ligament de Poupart. Elle est distante de trois travers de doigt de l'ombilic. Pas d'éventration. On ne sent plus de tumeur, mais à sa place une sorte de résistance probablement due à l'adhérence des organes suturés aux parois abdominales. Le foie est manifestement devenu plus petit. Il ne dépasse plus les fausses côtes que de deux à trois travers de doigt. La hauteur de la matité du foie sur la ligne mamelonnaire est de 13 centimètres.

La matité de la rate est petite. A la palpation du ventre on ne sent pas de tumeur, ce qui prouve que la tumeur que le foie recouvre toujours, n'a pas augmenté de volume. Le malade quittera demain l'hôpital.

Fin de l'observation (1).— Depuis sa sortie de l'hôpital, le 15 juillet, je vis le malade encore deux fois. La première fois, le 11 août, quatre semaines après sa sortie. Le contraste était frappant ; sa mine autrefois cachectique était maintenant excellente, sa voix n'était plus cassée et il avait retrouvé ses forces. Il avait augmenté de dix-sept livres. Son appétit était revenu et il comptait bientôt reprendre son travail. Plus de trace d'ictère, l'urine était claire, couleur jaune paille, et ne donnait plus de pigment biliaire au moyen de la réaction de Gmelin.

Les selles étaient devenues rouge brunâtre. L'abdomen est moins plat, la cicatrice forme une ligne rosée. La matité du foie est à peu près normale, elle dépasse le rebord costal dans la ligne mamelonnaire seulement de trois centimètres ; sur la ligne parasternale de deux centimètres. La hauteur de la matité du foie sur la ligne mamelonnaire est de douze centimètres ; sur la ligne parasternale de onze centimètres et sur la ligne médiane de huit centimètres. Le lobe gauche du foie est à sa place normale. La consistance du foie est normale sur la ligne mamelonnaire et sur la ligne parasternale. Au niveau de la cicatrice la consistance est également normale et on ne sent plus les épaississements qu'on sentait avant l'opération.

(1) O. Kappeler. Nachmals die einzeitige Cholecystenterostomie. *Corresp. Blatt. fur Schweizer Aerzte,* 15 februar 1889, p. 97.

20 *septembre.* — Le malade écrivit qu'il avait repris son ancienne place de chauffeur dans une fabrique depuis le 20 août sans que sa santé s'en ressentît. De plus, qu'il supportait toutes les boissons et tous les aliments et qu'il avait de nouveau augmenté de poids.

9 *octobre.* — Il se présenta de nouveau et j'observai les faits suivants : teint fortement pigmenté, sclérotiques tout à fait blanches, muscles en bon état et un peu d'embonpoint. La paroi abdominale est plus épaisse.

L'augmentation du poids depuis le 11 août est de cinq livres. La cicatrice est blanche, pas de traces d'éventration. L'urine jaune clair, selles brunes. Le foie dépasse le rebord costal de deux travers de doigt. La hauteur de la matité hépatique sur la ligne mamelonnaire droite est de 9 à 10 centimètres, sur la ligne parasternale elle est de 9 centimètres ; sur la ligne parasternale droite on ne sent plus le lobe gauche hypertrophié. En palpant le ventre on ne sent plus de tumeur dans la profondeur.

Depuis ce temps je ne vis plus le malade jusqu'au jour de sa mort qui eut lieu le 23 décembre 1888. J'ai appris par ses parents et par son médecin traitant M. le Dr Haffter que le malade s'était bien porté jusqu'à la fin de janvier 1888. A cette époque, il se produisit des douleurs au niveau du creux épigastrique s'irradiant vers le dos et survenant après le repas sous forme de crises. Au commencement d'avril les vomissements se produisirent pour la première fois et devinrent de plus en plus fréquents.

Voici le rapport du Dr Haffter : Le malade vint me trouver à ma consultation le 10 juin et se plaignit de diarrhée et de vomissements. Il est un peu maigre et aurait diminué de quinze livres depuis avril 1888. Les conjonctives sont jaunâtres. La peau renferme beaucoup de pigment comme après un ictère ancien. Estomac manifestement dilaté ; à la palpation il y a du gargouillement dans l'estomac et dans l'intestin. La paroi abdominale n'est pas libre, on sent au niveau de la cicatrice une petite bride qui doit être attribuée à des adhérences intestinales. Le rebord du foie et la région pylorique sont douloureux. Le malade refuse le lavage de l'estomac et je lui fis une prescription. Le 8 juillet : Le malade allait relativement bien depuis qu'il suivait cette prescription, la diarrhée et les vomissements avaient cédé. Il pouvait travailler. Son poids était descendu à 57 kilog. La résistance dans la région pylorique s'est accentuée et on peut sentir une tumeur. Je lui fis une dernière ordonnance. Le 10 juillet, il dut cesser son travail. Le 17, on lui fit un lavage de l'esto-

mac qui permit de retirer un liquide fortement acide ainsi que des noyaux de cerises que le malade avait avalés dix jours auparavant. Le malade se trouva très bien de ce traitement.

Pendant les six semaines qui suivirent on lui fit encore quatre lavages. Ce qui était surprenant c'est que la qualité des aliments n'avait pas d'action spéciale sur la digestion. Il pouvait parfois prendre les mets les plus étranges sans en être incommodé tandis que d'autres fois sans raisons il éprouvait des maux d'estomac et avait des vomissements. Les douleurs spontanées ne se manifestèrent que douze jours avant son entrée à l'hôpital. A ce moment les matières vomies étaient mélangées à des matières brunâtres ce qui ne s'était pas produit précédemment. Augmentation de l'amaigrissement, perte des forces, pigmentation plus accentuée comme dans la maladie d'Addison. Les douleurs devinrent si vives vers le 17 septembre qu'il fallut donner au malade de la morphine. Enfin le 18 septembre le malade se décide à entrer l'hôpital.

Comme je l'ai déjà dit je ne vis le malade que le jour de sa mort et un examen pratiqué très doucement à cause de sa grande faiblesse me donna les résultats suivants :

Le malade est très faible, pouls imperceptible, bruits du cœur affaiblis avec léger souffle systolique. Voix rauque et sans force, langue sèche, amaigrissement très considérable, traits tirés et pommettes saillantes, yeux excavés. Le malade répond lentement, mais distinctement. Il se plaint surtout de vertiges et de douleurs légères dans le ventre sans localisation spéciale. Quelquefois léger tremblement des mains, peau pâle et bronzée. Pas de trace d'ictère. Les sclérotiques blanches. Pupilles moyennement dilatées réagissant mollement. Pupille droite un peu plus large que la gauche. L'abdomen présente une configuration tout à fait spéciale ; beaucoup de météorisme avec une dépression dans un triangle formé par le rebord costal droit, l'ombilic et l'appendice xyphoïde.

La cicatrice ne présente pas d'éventration, elle se réduit à une ligne blanche mince de 20 centimètres de longueur. Matité du foie et de la rate à peu près normale. En palpant on trouve entre l'ombilic et le rebord costal droit, juste au milieu, une tumeur dure, élastique, immobile et située sur la colonne vertébrale. On ne peut limiter la tumeur à la palpation qu'à sa partie inférieure. Le même jour, à huit heures trois quarts du soir le malade mourut.

Autopsie, le 24 septembre à dix heures et demie du matin. — Corps

très amaigri. Rigidité cadavérique moyenne. Commencement de coloration bleu verdâtre de la paroi abdominale.

Rien à l'ouverture du crâne à part un léger épaississement des méninges.

La cicatrice du ventre mesure 21 centimètres, elle est parallèle à l'axe du corps. Pour trouver les intestins autant que possible dans la même situation que pendant la vie, on pratique avant l'ouverture du thorax, l'ouverture de l'abdomen au moyen d'une incision longitudinale à gauche de l'ombilic puis d'une seconde incision faite transversalement. On ne découvre ainsi, à part le rebord du foie, qu'un estomac très dilaté et dans l'hypochondre droit une anse intestinale. L'estomac distendu d'une façon colossale s'étend sous le rebord costal gauche à 11 centimètres en haut. La grande courbure s'étend jusqu'à la ligne axillaire gauche. En bas il atteint la région inguinale et la vessie. A droite, il s'étend jusqu'au delà de la ligne mamelonnaire et n'admet entre lui et la paroi qu'une anse intestinale. L'antre du pylore a une direction ascendante oblique de gauche à droite comme la première portion du duodénum. La seule anse intestinale qui soit visible est précisément celle qui est suturée à la vésicule biliaire. Cette vésicule et l'endroit de l'anse suturée sont soudés à la paroi abdominale par des brides fibreuses. On sectionne ces adhérences avec précaution au moyen du scalpel et des ciseaux, on rabat complètement la partie gauche de la paroi abdominale et on repousse vers la gauche le pylore. On voit alors encore mieux la vésicule biliaire étirée et allongée. Elle dépasse le rebord du foie de 7 centimètres et elle est comme à cheval sur le côlon qu'elle ne déprime pas ni ne comprime. Après avoir soulevé l'estomac et le commencement du duodénum et les avoir séparés du côlon transverse, on relève le foie en dehors et en haut. On voit alors la veine porte, et en mettant à nu le sillon du foie, on aperçoit le conduit cholédoque quadruplé de volume et le canal cystique augmenté de longueur et sinueux.

La grande dilatation de l'estomac et de la partie horizontale du duodénum, l'affaissement des autres parties du duodénum firent supposer qu'il y avait occlusion à la partie moyenne de cet intestin. Pour voir où siégeait exactement cette occlusion, on lie l'estomac au niveau du pylore et le duodénum à sa jonction avec le jéjunum. On pratique alors une ouverture au delà de chaque ligature, et par chaque ouverture on introduit un doigt. On peut voir ainsi que le calibre était partout conservé, que la muqueuse était partout intacte, ainsi que le duodénum à la limite

de sa partie moyenne et de sa partie inférieure était comprimé jusqu'à accolement de ses parois par la tête du pancréas qui était tuméfiée. Une sonde introduite dans le canal cholédoque pénètre avec une certaine résistance jusque dans l'intestin. Après l'ouverture de ce conduit sur la sonde, on voit qu'il est fortement dilaté jusqu'à l'endroit où il pénètre dans le pancréas (sa circonférence est de 4 cent.). Là il se rétrécit subitement. Ses parois sont encore reconnaissables dans le tissu du pancréas mais elles sont comprimées parfois jusqu'à l'oblitération de la lumière du canal. Lorsqu'on examine le pancréas en commençant par la queue de cet organe on ne trouve aucun changement si ce n'est quelque augmentation de largeur en certains points. Par contre la tête de cet organe est transformée en une tumeur du volume d'un œuf environ. Cette tumeur est bosselée, résistante, à la coupe elle a une coloration gris blanc. Elle est adhérente en arrière avec les gros vaissaux et en particulier avec la veine cave. A droite elle adhère au duodénum et, comme nous l'avons déjà dit, elle comprime jusqu'à accolement les parois du cholédoque et du duodénum.

En faisant une coupe à travers la queue du pancréas on aperçoit le conduit de Wirsung qui est libre et fortement élargi (sa circonférence a 2 c.). Il est rempli d'un liquide à consistance sirupeuse et à coloration gris brun. On peut encore poursuivre ce canal jusqu'à la tête du pancréas qui est augmentée de volume par la tumeur. Là il s'élargit en forme de sac. La fin du canal et son union à l'intestin ne purent être découvertes et on put par conséquent admettre que la tumeur en cet endroit avait complètement envahi la fin de ce canal. Le canal hépatique était élargi d'environ 3 fois son volume. De même ses rameaux principaux. Les rameaux de second et troisième ordre sont aussi fortement élargis aussi loin qu'on les poursuit. Le foie est plutôt atrophié, il possède des bords tranchants. La vésicule biliaire et l'intestin grêle se trouvent exactement à 226 c. au-dessus de la valvule iléo-cœcale et la longueur totale de l'intestin grêle est de 670 c. La muqueuse de l'intestin est partout rouge pâle. Les plaques de Peyer sont d'un gris ardoisé dans les environs de la valvule iléo-cæcale. Le contenu de l'intestin dans le gros intestin et dans l'intestin grêle jusqu'au niveau de la fistule est coloré en jaune brun. Le contenu de la partie de l'intestin grêle située au-dessus consiste en une bouillie gris blanche. On peut déjà par le contenu de l'intestin reconnaître les deux portions de l'anse intestinale qui est unie à la vésicule biliaire. Si on introduit une grosse sonde boutonnée

à travers la vésicule biliaire préalablement ouverte dans l'intestin, cette sonde tombe toujours dans le bout inférieur et jamais dans le bout supérieur de l'anse. Le bec de la sonde ne rencontre nulle part de résistance. D'autre part il est impossible d'introduire la sonde dans la vésicule biliaire, soit par le bout supérieur, soit par le bout inférieur de l'anse intestinale. Si on verse de l'eau dans la partie inférieure de la vésicule biliaire, si on la soulève, l'eau s'écoule uniquement par la portion descendante de l'anse intestinale. Si on élève en forme d'entonnoir l'anse intestinale qui correspond à la fistule et qu'on la remplisse avec de l'eau il ne s'en écoule pas une goutte dans la vésicule. Et on aperçoit alors l'ouverture de la fistule, entourée de replis rayonnés, et c'est seulement en soulevant ces replis avec une pointe ou un crochet que l'eau s'écoule.

Quelques ganglions lymphatiques rétro-péritonéaux situés aux environs de la tumeur du pancréas forment des noyaux de la grosseur d'un haricot, jusqu'à celle d'une petite noisette. Ils sont constitués en totalité ou en partie d'une substance de couleur gris blanc. Sans cela on ne trouve dans aucun organe de noyaux métastatiques ou d'autre altération pathologique qui mérite d'être notée. Il y a de l'œdème des poumons. La tumeur du pancréas est dure à la coupe et présente une coloration blanche. On remarque dans certaines portions des petits noyaux de forme ronde ou ovale et qui sont plus mous que le reste de la tumeur. Il y a de ces noyaux qui sont perforés en forme de tamis. On remarque aussi dans la tumeur des lignes sans ordre régulier, colorées en jaune. Si l'on pratique une coupe à travers les parties plus molles de la tumeur, on observe alors la structure alvéolaire du tissu conjonctif, fibres conjonctives interrompues en certains points par des cellules. La surface interne des alvéoles présente un revêtement uniforme formé par une couche unique de cellules à noyaux. Dans la cavité alvéolaire on observe des cellules épithéliales plus ou moins nombreuses, de grandeur variable, présentant des formes multiples et un ordre irrégulier. Dans d'autres points plus durs de la tumeur, on trouve, indépendamment des vaisseaux sanguins, de petits alvéoles de forme allongée, ovale ou ronde et un tissu conjonctif en quantité plus considérable que dans les alvéoles. En d'autres endroits, la tumeur est presque uniquement formée de tissu conjonctif et aussi interrompu par des canaux remplis de cellules épithéliales de longueur plus ou moins considérable. Ces canaux se rectifient par places ou donnent des terminaisons latérales en bouton, le tout rempli de cellules. Ces deux formes ne tardent pas à se confondre. Dans la

queue du pancréas, on trouve du tissu normal. Il s'agit, par conséquent, d'un fibro-carcinome, c'est-à-dire un squirrhe de la tête du pancréas.

Observation IV. — *Ectasie de la vésicule biliaire par obstruction du canal cholédoque. — Ictère. — Cholécystentérostomie. — Un cas. — Guérison*, par Socin (1).

Elisabeth L..., 51 ans, ménagère, originaire du canton d'Argovie.

La mère de la malade mourut d'un carcinome de l'œsophage ; la malade a quatre frères et sœurs et trois enfants qui se portent bien. Elle eut une pneumonie en 1888 et, il y a vingt-deux ans, une maladie fébrile dont l'origine ne fut pas déterminée ; à part cela, elle était toujours bien portante. Il y a onze semaines, elle fut prise subitement de crises douloureuses dans la région ombilicale ; accès douloureux qui persistaient parfois durant une heure et demie. Huit jours après survint, pendant la nuit, de l'ictère à la face et aux yeux, qui se propagea rapidement sur tout le corps.

Selles régulières, de couleur gris cendré. Il y a cinq semaines, on observa dans la région supérieure droite de l'abdomen une tumeur qui s'accrut lentement. Diminution progressive de l'appétit ; démangeaisons insupportables de la peau.

Elle entre à l'hôpital de Bâle, dans le service de M. le professeur Socin, le 5 novembre 1887, et présente à ce moment l'état suivant : État cachectique, grande maigreur ; la peau et les muqueuses ont une coloration variant du jaune verdâtre à la couleur du bronze. L'urine contient beaucoup de pigments biliaires, les selles sont d'un gris blanc. L'abdomen est flasque. Le bord inférieur du foie déborde de quatre travers de doigt la courbure des fausses côtes droites. Dans la partie droite de l'abdomen, on constate une tumeur fortement distendue du volume d'un œuf d'oie, et dont le pédicule se perd sous le milieu du bord droit du foie. Cette tumeur est un peu mobile latéralement, mais complètement immobile dans la direction verticale.

Le 19 novembre 1887, on fait la cholécystentérostomie, d'après Kappeler : 1° incision de quatorze centimètres de long sur le bord externe

(1) Socin. Ectasie der Gallenblase wegen Verschluss des ductus Choledochus, Icterus einzeitige. Cholecystenterostomie 1 Fall. W. geheilt. (*Jahresbericht uber die chirurgische Abtheilung des Spitals zu Basel während des Jahres*, 1887 ; Basel, 1888, p. 60.

du muscle droit de l'abdomen, en incisant couche par couche les tissus de la paroi abdominale. A la partie inférieure de la plaie, on aperçoit de suite la vésicule biliaire.

2° On ouvre la vésicule biliaire à la partie antérieure de sa face inférieure par une incision de un centimètre et demi de long, après avoir préalablement fixé la vésicule biliaire à chaque extrémité de l'incision au moyen de deux fils de soie qui traversent ses parois. On recueille 390 centimètres cubes de bile visqueuse, d'une coloration noirâtre. On ne trouve pas de calculs dans la vésicule. On ferme l'ouverture de la vésicule biliaire provisoirement au moyen d'une pince-artère.

3° On va à la recherche, dans la cavité abdominale, de l'obstacle qui obstrue le canal cholédoque. On ne trouve d'adhérences ni à la face antérieure, ni à la face latérale droite de la vésicule biliaire. Sa partie gauche est unie au grand épiploon par une large adhérence. On sectionne cette adhérence entre deux ligatures. On prolonge à sa partie supérieure l'incision abdominale jusqu'au voisinage de la courbure des côtes ; on peut alors facilement explorer la face inférieure de la vésicule biliaire et on arrive jusqu'au hile du foie. On ne trouve rien d'anormal dans cette région, mais en continuant l'exploration de la région située à la partie inférieure du foie et en se reportant vers la partie médiane du corps, on arrive à sentir avec le doigt une tumeur présentant de grosses bosselures, et qui par sa forme irrégulière fait penser d'abord que l'on a affaire à un calcul siégeant dans le canal cholédoque ; mais par un examen plus attentif on constate une immobilité complète de la tumeur, et, comme l'on constate aussi qu'elle adhère à la colonne vertébrale, on est amené à supposer une tumeur du pancréas. On ne cherche plus, par conséquent, à enlever l'obstacle, et on se décide à pratiquer une fistule de la vésicule biliaire dans l'intestin grêle.

4° On attire hors de la cavité abdominale l'anse d'intestin grêle qui est la plus rapprochée de la vésicule biliaire, on la vide en la pressant de haut en bas, puis un aide la comprime avec les doigts un peu au delà des limites extrêmes de l'incision que l'on se propose de faire. On pratique alors sur le bord libre de cette anse intestinale une incision de douze millimètres de long. On rapproche cette plaie intestinale de celle de la vésicule biliaire qui est fermée par la pince courbe et on réunit provisoirement les bords des deux plaies par sept sutures internes de Woelfler. On enlève alors la pince courbe et on avive les bords de la plaie de la vésicule biliaire en commençant par la partie postérieure de la

plaie. On suture la partie postérieure des deux plaies au moyen d'une suture continue au catgut. Comme la plaie de la vésicule biliaire était un peu trop grande, il a fallu la rétrécir à son angle supérieur d'environ cinq millimètres au moyen de sutures au catgut et de sutures de Lembert. On ferma ensuite la partie antérieure de la fistule au moyen d'une suture continue au catgut et de huit sutures à points séparés de Lembert.

Après désinfection de la cavité abdominale, on ferma la plaie de la paroi de l'abdomen par des sutures en étages.

Pansement au sublimé.

Évolution sans réaction fébrile ; la température la plus élevée fut de 38°, 1 au troisième jour de l'opération.

L'urine qui fut émise naturellement dans la soirée du second jour ne contenait plus de bile. Au septième jour, selle normale, abondante : les premières matières fécales rendues sont gris cendré ; les suivantes sont colorées en brun.

L'ictère diminue lentement, les démangeaisons de la peau disparaissent ; le pouls qui, antérieurement à l'opération, était ralenti, redevient normal.

La plaie de l'abdomen se cicatrise.

La malade quitte le service le 30 décembre dans un très bon état général : l'appétit et les selles sont normaux. Le poids du corps a augmenté de cinq kilogr.

La malade se présente de nouveau au bout de quatre semaines : l'ictère a complètement disparu, à part une légère coloration des conjonctives. L'état général est excellent.

Observation V. — *Établissement d'une fistule entre la vésicule du fiel et l'intestin grêle*, par Bardenheuer (1).

Dans ces opérations sur la vésicule, Bardenheuer opère en dehors du

(1) Cette observation a été présentée par l'auteur à la 60e réunion des médecins naturalistes, mais n'a pas été publiée. L'intervention s'est terminée par la mort. L'auteur aurait tout récemment pratiqué une deuxième fois l'opération et le malade serait actuellement en bonne voie de guérison (Lettre de l'auteur à M. Terrier).

Les détails que nous donnons de l'opération sont extraits d'un compte rendu du 60e Congrès des curieux de la nature (section de chirurgie). Voir *Bert. klin. Woch.*, 22 octobre 1888, p. 877 (H. D.).

péritoine. Un malade du professeur Leichtenstern présente depuis des mois tous les symptômes d'une obstruction totale du canal cholédoque. Le diagnostic ne peut être précisé. Incision antérieure en forme de porte à deux battants. Décollement du péritoine sur la face postérieure de la paroi abdominale ; de cette façon on pratique l'inspection diapéritonéale du foie. On sent quelques noyaux dans la fossette de la vésicule biliaire. La vésicule est distendue, on ne peut trouver la cause de la rétention. Les manœuvres de palpation déchirent le péritoine. Bardenheuer agrandit l'ouverture, prépare une anse de l'intestin grêle et réunit toute l'épaisseur de la vésicule biliaire et du duodénum à l'aide de fils de caoutchouc passés dans une aiguille. La pression des anses élastiques sectionne peu à peu les deux parois et crée une fistule vésico-intestinale.

Observation VI. — *Un cas de cholécystentérostomie*, par A. W. Mayo Robson. Résumé (1).

La malade, mariée, a été laparotomisée en avril 1887 pour une affection pelvienne qui l'avait réduite au rôle d'invalide depuis plusieurs années. Après l'opération qui consista à lui enlever une pyo-salpingite du côté droit, elle put reprendre son travail et retrouva toute sa santé.

Le 9 janvier 1888 elle rentra à l'Infirmerie, atteinte de péritonite aiguë et présentant une tumeur dans la région de la vésicule biliaire. Le 14. Le ventre fut ouvert dans la partie supérieure de la ligne semi-lunaire droite et 8 onces de pus fétide furent retirées de la vésicule. L'exploration des conduits faite avec le doigt et la sonde ne permit de découvrir aucun calcul. La vésicule fut suturée à la plaie abdominale et drainée. La malade guérit parfaitement, mais conserva une fistule biliaire.

Quoique sa santé fût bonne depuis 15 mois que sa fistule avait été créée, donnant issue à la bile dans sa totalité, son état n'en était pas moins misérable. En effet aucun appareil ne pouvait d'une façon satisfaisante recueillir le liquide qui s'écoulait en abondance pendant qu'elle marchait, de sorte que ses vêtements et son linge étaient bientôt souillés.

Le 2 mars 1880, la cholécystentérostomie fut faite. Le ventre fut ouvert sur l'ancienne cicatrice au niveau de la ligne semi-lunaire droite.

(1) Mayo Robson. Note lue le 26 novembre 1889, à la Royal medical and chirurgical Society et reproduite dans le *Brit. med. Journ.*, 30 novembre 1889, p. 1218.

Les viscères furent trouvés tellement fusionnés ensemble dans le voisinage de l'ouverture qu'il parut impossible de fixer la vésicule au duodénum. Par contre, le coude hépatique du côlon était parfaitement à portée, la vésicule y fut fixée par une double rangée de sutures au catgut préparé dans l'acide chromique. Une communication entre les deux viscères fut établie puis l'ouverture supérieure de la vésicule (l'ancienne fistule) fut suturée.

Par mesure de précaution un tube à drainage en verre fut placé dans la région du rein droit et ramené à travers l'extrémité inférieure de la plaie.

La face antérieure de la vésicule laissa certainement s'écouler des liquides car le drain donna issue à de la bile pendant quelques jours après l'opération, puis à des matières fécales.

La plaie se couvrit de bourgeons charnus et quelques semaines plus tard elle était complètement guérie. Les selles se colorèrent de bile de plus en plus et finirent par devenir normales.

Observation VII. — *Un cas d'obstruction du canal cholédoque avec dilatation de la vésicule biliaire. — Laparotomie. — Ponction de la vésicule. — Cholécystentérostomie. — Guérison*, par F. Terrier (1).

Mme Marc...., née Hortense G., âgée de 54 ans, sans profession, demeurant à Passy-Paris, entre dans mon service de l'hôpital Bichat le 26 juin 1889 (salle Chassaignac, n° 13).

Cette dame dont les parents sont morts assez âgés (71 et 76 ans) a toujours été bien portante et ne mentionne comme antécédents pathologiques qu'une fluxion de poitrine vers 14 ou 15 ans.

Elle a eu une sœur et 4 frères, qui sont tous morts d'affections très diverses.

Réglée à 12 ans et demi, pendant les premières années, la menstruation fut irrégulière et accompagnée de troubles nerveux.

Mariée à 20 ans et demi, elle eut 6 enfants, le premier à 21 ans, le dernier à 40 ans. Trois fausses couches de quatre à cinq mois après cette série de grossesses. Il y a 4 ans, retard de 15 jours dans l'apparition des règles, qui disparurent définitivement à 52 ans.

Cinq de ses enfants sont vivants, un fils est mort à 21 ans de fièvre typhoïde.

(1) F. Terrier, *Revue de chirurgie*, décembre 1889. T. IX, p. 973.

Il y a 2 ans, Mme M... fut obligée de s'aliter pendant environ 2 mois, par suite d'une sorte de courbature générale, s'accompagnant de douleurs articulaires et de troubles digestifs. Elle ressentit à cette époque quelques douleurs dans le côté droit, mais elles ne tardèrent pas à se calmer.

Le traitement qu'on lui fit suivre fut très anodin et consista surtout en légers purgatifs.

La santé était redevenue bonne, lorsqu'en janvier 1889, la malade fut reprise de troubles digestifs avec ballonnement du ventre après le repas. Il existait en outre une sensation de gêne, de lourdeur, dans l'hypochondre droit, sensation qui était constante, mais ne donnait pas lieu à de véritables douleurs.

Depuis lors, Mme M... ressentait de fréquents malaises. Les digestions étaient difficiles, pénibles ; les forces diminuaient et la malade se fatiguait très facilement ; il survint de l'inappétence, des douleurs d'estomac, au moment des repas. Ces phénomènes continuèrent pendant plusieurs mois, sans rien présenter de spécial, quand, le 10 mai dernier, la malade eut une véritable crise de colique hépatique qui dura deux jours : douleurs violentes dans tout le côté droit de la poitrine, sensation d'étouffement, nausées, vomissements bilieux, enfin apparition brusque d'un ictère généralisé.

Les jours suivants, Mme M... constata que ses garde-robes devenaient grisâtres, puis complètement blanches. Dès lors apparut un prurigo insupportable, qui depuis cette époque n'a jamais disparu et a même été en augmentant. Peu à peu, les forces disparurent, et l'appétit devint presque nul.

A son entrée à l'hôpital, le malade présente une teinte d'un jaune foncé, un peu terreux ; les conjonctives sont franchement ictériques, presque verdâtres, et les téguments offrent partout de nombreuses excoriations, dues à un prurit incessant et insupportable.

L'amaigrissement est considérable, et la faiblesse est telle que Mme M... se lève à peine quelques instants dans un fauteuil. L'appétit est absolument nul. De plus, la malade se plaint d'une salivation abondante.

Les selles sont tout à fait décolorées, blanches, à peine odorantes ; les urines sont noir vert, teintées au maximum par la bile.

En résumé, Mme M... ne souffre que d'une faiblesse extrême, de démangeaisons incessantes, d'une excessive salivation.

Le palper abdominal et la percussion permettent de constater une aug-

mentation notable du volume du foie. A sa face inférieure et en continuité avec l'organe, existe une tumeur hémisphérique, peut-être un peu ovoïde et située à droite de l'ombilic.

La matité hépatique s'étend d'une ligne passant immédiatement sous la mamelle, jusqu'à 14 centimètres au-dessous, c'est-à-dire plus bas que l'hypochondre droit. Le foie paraît avoir sa consistance normale, il est lisse, sans bosselures appréciables au palper. De sa face inférieure, se détache à droite de l'ombilic, une tumeur arrondie, convexe inférieurement, large de 10 à 11 centimètres et haute de 5 à 6 centimètres environ. En bas, elle descend au-dessous du niveau de la cicatrice ombilicale, à droite de laquelle elle se trouve à 3 centimètres environ en dehors d'elle. Cette tumeur est lisse, régulière, rénitente, indolente à la palpation.

Le palper ne permet pas de reconnaître la rate mais, par la percussion, on constate sur la ligne axillaire une zone de matité haute de 0 m. 065.

Il n'y a pas d'ascite, l'abdomen est légèrement ballonné par des gaz.

L'examen du cœur et des poumons a donné des résultats négatifs.

L'analyse des urines a été faite avec grand soin au point de vue de la quantité d'urée excrétée avant et après l'intervention chirurgicale, toujours est-il, c'est qu'avant l'opération, l'urée excrétée en vingt-quatre heures a varié de 14 à 18 grammes. Il n'y a jamais eu d'albuminurie, ni de glycosurie.

Dès son arrivée à l'hôpital, la malade fut mise à la diète lactée, à l'eau de Vichy naturelle ; de plus on lui prescrivit du naphthol β à la dose de 2 grammes par jour.

10 *juillet.* — Mme M... dont l'état cachectique ne fait que s'aggraver et qui peut à peine avaler quelques tasses de lait dans la journée, est prise d'un grand accès de fièvre avec frisson et claquement de dents, puis chaleur et sueurs abondantes.

La température atteignit 40°,1.

Le lendemain, 11 juillet, la température est redevenue presque normale (37°,4 le matin, 37°,6 le soir), mais très fatiguée par cet accident, la malade a le faciès altéré et terreux.

En présence de ces troubles menaçants, dus très certainement à une oblitération du canal cholédoque, avec dilatation anormale de la vésicule biliaire, on se décida à intervenir, c'est-à-dire à pratiquer une laparotomie exploratrice, et à pousser plus loin l'intervention s'il y avait lieu.

Opération le 13 juillet 1889. Anesthésie chloroformique très facile.

Incision sur la partie sus-ombilicale de la ligne médiane. La section des téguments faite, on incise la ligne blanche, assez large en ce point et on ouvre le péritoine d'abord au bistouri, puis avec des ciseaux mousses.

L'abdomen ouvert, on aperçoit sous la face inférieure du foie, la vésicule biliaire très distendue par du liquide. Au niveau de son fond et avec le trocart moyen de l'appareil aspirateur de Potain, on pratique une ponction, ce qui permet d'évacuer par aspiration 400 grammes d'un liquide épais verdâtre, qui ne coule qu'avec une grande lenteur. On diminue ainsi la tension de la vésicule, qui d'ailleurs n'est pas entièrement vidée; l'ouverture de la ponction, le trocart retiré, est obturée mécaniquement avec une pince à pression.

Avec le doigt, j'explore le canal cystique, puis, sur le trajet probable du canal cholédoque, dans l'épaisseur du pancréas, je pus apercevoir l'existence d'une tuméfaction allongée, ovoïde, des dimensions d'un noyau de datte, probablement un calcul obturant le conduit cholédoque.

Je ne vois qu'une seule chose à tenter, c'est la formation d'une fistule permanente entre la vésicule biliaire et le duodénum (*cholécystentérostomie*).

La face inférieure de la vésicule biliaire répondant presque directement à la face antéro-supérieure de la première portion du duodénum, c'est en ce point que je résolus de faire cette fistule. Ce point était à environ 3 centimètres du pylore, orifice facile à reconnaître par sa consistance et le sillon qu'il présente.

Tout d'abord, un premier fil de fin catgut fut placé comme un cordon de bourse, entre les parties correspondantes de la vésicule et du duodénum. La figure 1, donne une idée fort nette de la disposition de ce point, dans les parties ponctuées, le fil pénètre sous la séreuse, dans la musculeuse sans intéresser la muqueuse, soit intestinale, soit de la vésicule.

Les deux chefs de cette suture en bourse sont maintenus momentanément par une pince à pression.

Au-dessus de ce point, 8 points de suture sont successivement placés sur deux lignes antéro-postérieures, 4 points d'un côté et 4 points de l'autre côté.

La figure 2, indique la façon dont les points ont été placés.

Après avoir pénétré dans l'épaisseur de la paroi intestinale sans la

traverser totalement, le fil ressort à une petite distance (1 centimètre environ), puis pénètre de nouveau dans la paroi de l'intestin, toujours sans la traverser, pour en ressortir après un trajet de 8 à 10 millimètres. Le même fil traverse encore deux fois, mais non complètement, les tuniques de la vésicule biliaire, comme il l'a fait pour les parois intestinales. Si l'on vient à serrer ces fils on conçoit facilement qu'ils adossent extérieurement suivant deux lignes longitudinales, les parois de la vésicule biliaire et du duodénum.

Un dernier point en bourse, analogue comme trajet au dernier point, est placé au-dessus des deux rangées latérales.

Notons que les extrémités de ces dix fils sont toutes saisies méthodiquement par des pinces à pression de façon à ne pas les perdre et à les bien reconnaître.

Le premier point en bourse est d'abord serré et les chefs du fil coupés au ras du nœud. Puis on serre les points latéraux, abritant les parties voisines avec une éponge maintenue par une pince à pression, et écartant avec une pince à disséquer entr'ouverte les deux rangs de sutures antéro-postérieures, fort rapprochées. Quand elles furent serrées, j'ouvris avec un bistouri fin et étroit la vésicule biliaire d'abord ; puis après avoir essuyé avec de petites éponges la bile épaisse qui s'était écoulée de l'incision, je ponctionnai avec le même bistouri le duodénum, dans une petite étendue, correspondant à l'ouverture de la vésicule.

Enfin, pour assurer cette communication cholécysto-intestinale je fis pénétrer d'abord dans la vésicule puis dans l'intestin, un bout de drain long de 4 à 5 centimètres et de 4 à 5 millimètres de diamètre. Ce drain remplissait en quelque sorte la double ouverture que je venais de faire Seulement, alors, après avoir bien épongé, je serrai le point antérieur disposé en bourse.

Pendant toutes ces manœuvres, grâce aux éponges montées sur des pinces à pression et aux compresses antiseptiques, toutes les parties voisines ont été parfaitement abritées et il n'a pas coulé dans le ventre une goutte de bile ou de matières intestinales voire même de sang.

L'ouverture faite à la vésicule, par le coup de trocart et maintenue fermée pendant l'opération, fut définitivement obturée à l'aide de 2 fils de catgut passés avec l'aiguille de Reverdin dans l'épaisseur de la paroi de la vésicule, et noués en entre-croisant en X leurs anses. Pour plus de sécurité, le fond de la vésicule fut fixé à l'angle inférieur de la plaie ab-

dominale. Celle-ci fut réunie par 6 sutures profondes au fil d'argent et 12 sutures superficielles au crin de Florence.

Pansement avec la poudre de salol, gaze au salol, le tout maintenu par une bande de flanelle. L'opération a duré environ une heure.

Le soir 37°,4, très bon état, pas de vomissements.

Le 14. — La malade dit se trouver très bien, elle a bien reposé et n'a pas vomi ; elle est surtout heureuse de n'être plus tourmentée par la salivation et par les démangeaisons qui l'empêchaient de dormir.

Température du matin 38°, 4. Soir 38°, 6.

Les gaz sont rendus par l'anus. Glace, champagne, eau de Vichy.

Le 15. — La nuit, garde-robe colorée en vert grisâtre. La teinte ictérique des téguments a notablement diminué ; les urines restent très chargées de bile.

Température du matin 38°,2. Soir 38°,6. Même régime.

Le 16. — Légère douleur au niveau de la suture, surtout lors des mouvements du tronc.

Température 37°,8, 37°,4. Eau de Vichy et un peu de lait.

Le 17. — Très bon état. Température 37°,2, 37°. Alimentation lactée.

Le 18. — Le soir 38°. Lait. Eau de Vichy, *ut supra*.

Les 19 et 20. — La température s'élève un peu et varie de 37°,2 à 38°,2.

Le 21. — Dans la nuit, garde-robe abondante, de couleur foncée, dans laquelle on retrouve le drain dont la soudure a été détruite. Il se présente sous l'aspect d'une lame noirâtre, molle et friable, percée de trous.

La température descend à 37°,6 et 37°.

Le 22. — Pansement. La réunion de la plaie est parfaite et on enlève les 6 fils d'argent profonds. 37°, 37°, 2.

Le 23. — Dans le but d'obtenir une évacuation intestinale, on administre 25 centigrammes de calomel. Les urines sont encore assez colorées par la bile, mais les téguments deviennent de plus en plus clairs, 37°, 37°,4.

Le 24. — Le pansement s'étant un peu déplacé, on le refait et on enlève toutes les sutures superficielles au crin de Florence.

Le calomel a donné lieu à quelques coliques et a légèrement purgé la malade. Un vomissement. T. 37°,4, 37°,6.

Le 25. — Suppression du calomel. T. 37°, 37°,2. Inappétence, quelques nausées. La malade se sent toute mourante.

Le 26. — Réapparition de la salivation et la teinte ictérique des tégu-

ments paraît avoir augmenté. T. 36°8, soir 38°. Toujours du malaise et de l'inappétence, on a beaucoup de peine à faire prendre quelques tasses de lait à la malade.

Le 27. —Vomissements aqueux, frissons légers suivis de chaleur et d'un peu de transpiration. État général médiocre. T. 37°,2 le matin, 39°,4 le soir.

On prescrit 50 centigrammes de sulfate de quinine.

Le 28. — Vomissements fréquents et glaireux ; constipation ; le ventre n'est pas tendu ni douloureux sauf au niveau de la suture pariétale. A cet endroit, les tissus sous-jacents paraissent indurés et douloureux à la pression. Quoique médiocre, l'état général n'est nullement inquiétant. On reprend le calomel, à la dose de 20 centigrammes en deux fois : le matin et le soir.

T. matin 38°,4, soir 39°,4.

Le 29. — Légère amélioration, la malade a été purgée. T. 38°,2, 38°,4.

Le 30. — Nouvelle dose de calomel en deux prises de 10 centigrammes. État stationnaire. T. 38°,2, 39°.

Le 31. — Selles colorées assez abondantes. Amélioration de l'état général. T. 37°,8, 39°,4.

A partir du 1er août, la température s'est constamment abaissée et a atteint le type normal le 2 août, oscillant alors entre 37° et 36°,8.

L'état de la malade s'est amélioré sensiblement, les selles sont fortement colorées et normales ; la teinte ictérique des téguments s'atténue de jour en jour, seule la conjonctive scléroticale reste assez fortement teintée. Il n'y aplus de salivation, ni de prurit. L'appétit est meilleur, la malade peut manger un peu de viande sans dégoût. La plaie est tout à fait fermée et la cicatrice mesure 13 centimètres de longueur sans éventration.

Le 10 août, Mme Marc... quitte le service et rentre chez elle à Passy.

25 *août*. — Je revois la malade, elle allait de mieux en mieux et mangeait avec appétit, toutefois elle était encore très faible et la sclérotique offrait toujours une teinte ictérique légère.

Vers le 15 septembre, après un grand bain, Mme M... fut prise de frisson suivi de chaleur et de sueurs abondantes ; ce frisson fut le prélude d'un rhume assez intense.

Les 25, 27 et 29 septembre, réapparition d'accidents fébriles (frisson, chaleur et sueurs) qui cédèrent à l'administration du sulfate de quinine, mais fatiguèrent la malade.

Les 3 et 9 *octobre*, je vois Mme M... Ses forces reviennent lentement, dit-elle, son appétit est moindre qu'à sa sortie de l'hôpital, toutefois elle a sensiblement engraissé; le sommeil est bon ; les garde-robes naturelles et faciles ; les urines sont parfaitement claires. Les téguments sont revenus à leur coloration normale, seules les sclérotiques sont encore très légèrement teintées en jaune. La malade ne souffre aucunement du ventre et du côté droit ; elle est fort enchantée de son état actuel.

Le 30 *octobre*, pendant deux jours, Mme M... souffrit du côté de sa vésicule biliaire et eut un peu de fièvre. Les selles furent décolorées et les urines prennent une teinte acajou ; il n'y eut pas d'ictère, au dire du médecin traitant. Ces accidents ne tardèrent pas à disparaître.

Le 19 *novembre*, je revois la malade, elle dort bien, se plaint d'être toujours fatiguée et d'avoir peu d'appétit ; elle aurait un peu maigri et ses sclérotiques sont encore colorées en jaune clair. Les urines et les selles sont redevenues normales.

Le 15 *janvier* 1890, la malade fut revue. Elle était souffrante depuis la fin de décembre, atteinte sans doute d'influenza. Elle n'avait pas d'ictère, à la palpation on ne sentait aucune tumeur. Néanmoins son aspect général était moins bon qu'au mois de novembre.

Observation VIII. — *Cholécystentérostomie*, par M. le professeur Tillaux (1).

Le 13 janvier 1890, mon collègue le Dr Bucquoy faisait passer dans mon service un homme atteint d'une obstruction des voies biliaires, le nommé Gabriel R..., employé de commerce, âgé de 38 ans. L'affection datait de 20 mois, et avait consisté tout d'abord en une teinte ictérique, sans douleur et sans altération notable de la santé générale. Depuis 3 mois, de vives douleurs étaient apparues dans l'hypochondre droit, ainsi que dans la région épigastrique, et, depuis une vingtaine de jours, ces douleurs avaient pris un caractère d'une acuité extrême. A son entrée, le malade présentait l'état suivant : toute la surface du corps était d'une couleur jaune verdâtre très foncée ; les urines étaient noires, et les matières stercorales absolument blanches comme du plâtre. Il existait donc à coup sûr une obstruction des voies biliaires.

Dans la région de la vésicule biliaire, nous constatâmes l'existence d'une tumeur lisse, régulière, débordant à gauche la ligne médiane, et

(1) Tillaux, *Bulletin de la Société de chirurgie*, 16 avril 1890.

descendant à 3 travers de doigt au-dessus de l'ombilic. Il n'était pas douteux que ce ne fût la vésicule elle-même extrêmement distendue.

Quant à la cause de l'obstruction, nous restions dans le doute. Cependant, vu la marche de l'affection, et l'absence complète de coliques hépatiques, nous émettions l'hypothèse probable d'une tumeur comprimant le cholédoque.

L'état du malade nécessitait une intervention rapide, et, de concert avec mon collègue et ami le Dr Chaput nous mîmes à exécution le projet suivant :

La première indication était d'ouvrir la vésicule biliaire, c'est-à-dire de pratiquer la cholécystotomie. Mais si le canal cholédoque était complètement oblitéré, cette opération n'était pas suffisante, puisqu'une fistule biliaire permanente en devait être la conséquence. Il fallait donc dans cette hypothèse songer à rétablir le cours de la bile dans l'intestin par une voie détournée, c'est-à-dire pratiquer une cholécystentérostomie. Toutefois cette dernière opération n'a de raison d'être elle-même que si le canal cystique est perméable, puisque, sans cette condition, la bile ne pénètre pas dans la vésicule. Or cette dernière notion nous manquait absolument.

Nous résolûmes donc avec M. le Dr Chaput d'ouvrir la vésicule biliaire, et d'attirer ensuite une anse d'intestin grêle, celle qui se présenterait, et de fixer cette anse à la paroi abdominale, et à la vésicule elle-même.

Ce plan fut exécuté méthodiquement et sans difficulté, la vésicule découverte fut ponctionnée, attirée à travers la plaie abdominale, et ensuite largement ouverte ; les deux lèvres furent fixées à la paroi, le liquide, qui s'écoula, était grisâtre, et ne rappelait que très peu la couleur de la bile. L'exploration de la cavité de la vésicule, pratiquée avec le doigt, ne permit de découvrir la présence d'aucun calcul, mais j'avoue qu'il me fût impossible par cette manœuvre de m'assurer de l'état des canaux cystiques et cholédoques.

Nous appliquâmes un pansement approprié et le malade fut reporté dans son lit.

Le résultat de cette première manœuvre fut considérable c'est-à-dire que le malade fût absolument débarrassé de toute espèce de douleur, ce qu'il exprimait avec une joie extrême.

Le canal cystique était-il perméable ? Nous fûmes pendant 48 heures avant de pouvoir répondre à cette question, car la plaie ne donnait lieu

à aucun écoulement de bile. Cela tenait sans doute à ce que la vésicule s'était remplie d'un caillot sanguin, que je dus extraire avec les doigts. Enfin la bile s'écoula, et les matières fécales restant absolument blanches, il devint évident, que nous serions amenés à rétablir une communication entre la vésicule et l'intestin soudés l'un à l'autre, et dont la soudure s'était très bien maintenue.

Huit jours après notre première opération, jugeant que nos adhérences étaient suffisamment solides, nous procédâmes à l'établissement de la fistule biliaire intestinale. Pour y parvenir, nous eûmes recours au procédé usité pour couper l'éperon dans l'anus contre nature. Pour cela, il me suffit de pratiquer au bistouri sur l'intestin une ouverture suffisante pour y introduire la branche d'une pince disposée à cet effet ; l'autre branche fut introduite dans la vésicule, et les deux branches rapprochées serrèrent la cloison intermédiaire et devenue en quelque sorte commune aux deux organes.

La pince tomba vers le 7e jour, laissant une large communication entre la vésicule et l'intestin. A partir de ce moment les matières fécales reprirent leur couleur jaunâtre.

Notre but était donc réalisé ; nous avions obtenu une cholecystentérostomie. Mais il fallait procéder au troisième temps, c'est-à-dire fermer la vésicule, l'intestin et la plaie abdominale.

Nous procédâmes à ces diverses opérations le 28 janvier. Je fus très gêné par le sang, qui s'écoulait en grande abondance au plus léger attouchement de la plaie. Cependant nous parvînmes au résultat d'une manière satisfaisante ; mais les sutures cédèrent après 48 heures, à cause surtout de nombreuses quintes de toux déterminées par une bronchite, que la malade avait contractée le jour de l'opération.

Il succomba quelques jours après en pleine cachexie cancéreuse ; nous trouvâmes en effet à l'autopsie un cancer du pancréas propagé au foie.

Observation IX. — *Un cas de cholécystentérostomie* par Kœrte (1).

Je vous présente une malade, qui a subi plusieurs opérations d'une certaine gravité, opérations nécessitées par des calculs hépatiques. Tombée malade à la fin de l'année dernière, cette femme est arrivée au

(1) Société médicale de Berlin, séance du 27 mai 1891. — *Berl. klin. Woch.*, 1891, *n°* 24.

commencement de cette année, à l'hôpital municipal d'Urban, présentant une douleur dans la région du foie. Puis les douleurs, d'abord un peu diffuses, finirent par se localiser au niveau de la huitième côte sur la ligne axillaire. Une ponction exploratrice, faite assez profondément, ramena un liquide, ayant l'aspect de la bile.

J'opérai : je réséquai la huitième côte et ouvris le cul de sac pleural. Le volume de la cavité pleurale n'était pas modifié et je pus sentir à travers cette même cavité le diaphragme fortement bombé. Je l'incisai après avoir fermé la cavité avec des tampons de gaze iodoformée, et je retirai environ un demi litre de liquide bilieux et fétide. Ce liquide s'était ainsi collecté entre le foie et le diaphragme dans une tumeur sous diaphragmatique. La fièvre diminua, et la sécrétion produite par la tumeur et sortant à travers la plèvre disparut. Mais il n'en était pas de même des douleurs qui persistèrent, et bientôt s'établit vers le soir des élévations de température. Le foie avait augmenté de volume, et sous l'arcade des fausses côtes existait un endroit sensible, où, à plusieurs reprires, je cherchai en vain la sensation d'une collection liquide. Cette collection, une ponction exploratrice me la révéla enfin le 3 février.

Je découvris alors le foie et la vésicule biliaire, j'incisai cette vésicule et j'y trouvai vingt-deux calculs. En outre il y avait dans le foie un abcès qui fut ouvert, lavé et drainé. Dès lors la fièvre disparut complètement. Il en fut de même des douleurs.

A partir du 19 février, s'établit une effusion de bile à travers la plaie et les selles prirent une couleur argileuse.

Lorsque le catarrhe de la vésicule biliaire se fut calmé, on essaya, en obstruant la fistule, de faire repasser la bile dans l'intestin par le canal cholédoque. Les drains furent hermétiquement bouchés ; quant à la fistule, on disposa à son niveau des tampons de gaze, de manière à ne plus laisser qu'une ouverture très étroite. Mais la bile ne parvint pas dans l'intestin et se répandit tout entière au dehors. La perte de la bile était très considérable, et l'état du malade empira.

Après quelques semaines de cet état, sans que rien pût amener une amélioration, je fis, pour combattre l'amoindrissement progressif des forces, une nouvelle opération, avec l'idée de rechercher tout d'abord ce qui obturait le canal cholédoque et de remédier à cette obturation.

Je fis une incision verticale depuis le rebord des fausses côtes, qui découvrit la vésicule biliaire considérablement augmentée, et je la libérai, autant que possible, de ses adhérences. Néanmoins il me fut im-

possible d'arriver jusqu'au canal cholédoque. Dans la profondeur, on trouvait des tumeurs, qui masquaient la vue de ce canal.

Actuellement, il a été publié toute une série d'opérations, dans lesquelles on a incisé directement le cholédoque, extrait le calcul et recousu le canal. De telles opérations ont été communiquées par Küster, par Heusner à Bormen, par Courvoisier, par Crédé à Leipzig. Dans le cas présent, il était impossible d'atteindre le cholédoque, et de le découvrir suffisamment pour pouvoir faire une incision.

Ainsi la seule ressource, qui nous restait, était d'établir une communication entre l'intestin et la vésicule biliaire. Je découvris le duodénum, je retins, à l'aide de pinces, le contenu intestinal ; puis je cousus le duodénum à la vésicule, j'ouvris les deux organes par une incision d'environ un centimètre de longueur et je suturai les bords de l'incision, muqueuse avec muqueuse, séreuse avec séreuse, jusqu'à ce que les deux organes fussent cousus l'un à l'autre. Les sutures furent très pénibles à effectuer, obligé que j'étais d'opérer *in situ*, ni le foie, ni le duodénum n'ayant pu être amenés hors de la plaie. On avait réussi cependant à retenir le contenu de l'intestin ; les coutures tinrent bon, et la malade eut le jour même une selle de bile pure ; c'était une preuve que la bile s'était répandue dans le duodénum. Quatre jours après l'opération, on eut pour la première fois des selles colorées.

La plaie est maintenant complètement cicatrisée, et la malade à peu près rétablie.

La cholécystentérostomie n'en est pas moins une opération rare, et c'est pourquoi il m'a semblé intéressant de vous présenter un cas de guérison.

J'avais déjà entrepris cette même opération chez un homme, gravement malade des suites d'une fistule biliaire, qui s'était formée à la suite d'une obstruction complète du cholédoque. Mais je n'ai pu terminer l'opération que j'avais faite en deux temps, le malade étant mort cachectisé avant la fin de l'opération.

L'expérience que j'ai tirée de ces deux malades, prouve que l'absence totale de bile dans l'intestin est très supportée et qu'elle conduit à la cachexie.

Observation X. — *Sur un cas de cholécystentérostomie. — Rétention biliaire. — Laparotomie. — Hémorrhagie. — Mort.* Par le Dr L-G. Richelot (1).

Il s'agit d'une femme de cinquante-deux ans, qui vint à l'hôpital Tenon en mai 1891. Elle avait eu depuis vingt ans plusieurs attaques de rhumatisme articulaire, et depuis huit ou dix ans des accès de coliques hépatiques, qui se reproduisirent plusieurs fois chaque année et la faisaient beaucoup souffrir. Elle n'avait pas eu de jaunisse pendant cette longue période ; mais l'ictère, depuis cinq mois, était survenu.

A son entrée dans le service, elle était absolument jaune et avait de violentes et incessantes démangeaisons ; les accès douloureux, modérés, se répétaient plusieurs fois par semaine ; la nutrition se faisait mal, la santé et les forces déclinaient visiblement.

Je sentais la face antérieure du foie dépassant de trois travers de doigt le rebord des fausses côtes, et un relief dur à la place de la vésicule. Mais je n'insiste pas sur le diagnostic de lithiase biliaire, car mon but est surtout de vous décrire l'opération que j'ai faite et ses résultats.

L'ictère intense et permanent, les selles décolorées démontraient l'oblitération du canal cholédoque, et me dictaient le choix de l'intervention : c'étaient l'abouchement de la vésicule dans l'intestin, si quelque trouvaille au cours de l'opération ne venait pas déranger mon plan.

L'*opération* fut faite le 15 mai 1891. J'adoptai la laparotomie médiane sus-ombilicale, parce qu'elle mène à la fois sur la vésicule et sur le duodénum. Je pense que l'incision latérale est bonne pour évacuer un abcès de la vésicule pointant sous la peau, mais que, pour toute recherche ou opération délicate sur les voies biliaires, l'incision médiane est la meilleure.

Je la fis assez longue pour me donner du jour, environ 10 centimètres ; puis je me débarrassai de quelques adhérences qui voilaient les organes, et j'arrivai, non sans peine, à reconnaître le pylore, le duodéum et la vésicule.

J'aurais bien voulu percevoir, à l'aide du toucher, l'état des canaux vecteurs de la bile ; mais l'exploration n'est pas facile dans cette région sans fond, pour ainsi dire, où manquent les points d'appui et de repère,

(1) Richelot, Communication au *Congrès français de chirurgie* (6e section). Paris 1892.

où nos doigts n'ont pas l'habitude de se conduire. Bref, je ne sentis pas nettement le cholédoque, et je passai outre.

La vésicule et le duodénum étaient loin l'un de l'autre ; le foie ne descendait pas, l'intestin était fixé dans la profondeur. Je les traitai avec douceur et patience, comme nous le faisons pour les organes du petit bassin, où les situations les plus inextricables se débrouillent peu à peu. Je tenais absolument à faire une communication cystico-duodénale, sachant qu'il faut éviter l'abouchement avec le côlon, parce qu'il laisse tout l'intestin grêle en dehors du cours de la bile, et ne prendre que faute de mieux une anse voisine du jéjunum. Au bout de quelques minutes, le duodénum était mobilisé, la vésicule s'approchait de la ligne médiane et je pouvais les mettre au contact.

Il s'agissait maintenant de protéger le péritoine avant de rien ouvrir. Je disposai des éponges montées autour de la vésicule, puis je l'incisai d'emblée au bistouri, car elle paraissait contenir surtout des calculs et trop peu de liquide pour que l'aspiration fût nécessaire. En effet je retirai des calculs en grand nombre, et je ne m'arrêtai qu'après l'avoir vidée aussi entièrement que possible.

Pour traiter le duodénum, je saisis et n'arrive qu'à déchirer, sans aucune violence, le tissu friable de la vésicule au niveau du col. Une pince introduite avec douceur, croit sentir un calcul, le saisit et glisse : à ce moment, le champ opératoire est envahi par le sang, et je pense avoir blessé une grosse veine longeant le col de la vésicule. L'hémorrhagie est assez sérieuse pour me faire renoncer à toute nouvelle tentative : impossible d'aller à la recherche d'un vaisseau dans la fente étroite qui représente le champ opératoire ; je n'ai plus qu'à faire un tamponnement rapide iodoformé, à refermer le ventre au plus vite et à l'envelopper d'un pansement bien serré.

La malade mourut au bout d'une heure. A l'autopsie, l'abdomen était rempli de sang ; ma pince avait saisi la branche droite de l'artère hépatique au niveau d'une plaque d'athérome, et déchiré la paroi. Il y avait une oblitération fibreuse complète du canal cholédoque et du canal cystique ; le foie était volumineux, gorgé de bile et profondément altéré. La mort n'eut pas tardé à venir, et mon intervention dernière n'avait fait que la hâter de quelques semaines.

Observation XI. — *Entérostomie biliaire*, par le Dr Paul Reclus.

Il s'agit d'un Portugais de 36 ans, qui vint de Lisbonne, me consulter le 23 mai de l'année courante et que j'examinai le jour même, avec l'assistance du Dr Œttinger. La maladie avait débuté au mois de septembre 1891 par des troubles digestifs accusés, des douleurs après le repas, vives surtout à l'épigastre et dans l'hypochondre gauche. Mais leur siège n'a rien de précis et ne semble jamais avoir revêtu la forme d'une colique hépatique. Les souffrances persistèrent avec quelques rares intermittences pendant plusieurs mois. En février 1892, elles se compliquent d'un ictère. Celui-ci se fonce de plus en plus. Il n'y a pas de fièvre, mais un amaigrissement progressif, une grande faiblesse et des démangeaisons insupportables. Ces phénomènes s'accentuent en mars, en avril et en mai. A ce moment, les médecins effrayés et sans diagnostic ferme, envoient le malade à Paris où nous constatons l'état suivant :

L'ictère est intense et tel qu'il est difficile d'en voir de plus accusé ; les sclérotiques sont d'un jaune-brun, les urines d'une teinte acajou ; les démangeaisons sont intolérables ; le malade se gratte sans cesse et la peau est recouverte d'une éruption généralisée de prurigo. Les matières fécales sont décolorées, boueuses et d'une odeur infecte ; les urines, remplies de pigment biliaire, contiennent un peu moins d'urée et 32 centigrammes d'albumine. Le foie est énorme ; il mesure 23 centimètres sur la ligne médiane, 28 sur la ligne mamelonnaire ; sa surface régulière, de consistance normale, sans fluctuation, forme une voussure accentuée à l'épigastre ; le rebord en est mousse et nulle part la palpation ne révèle la présence de la vésicule biliaire ; la rate est normale, les principaux viscères sont sains. L'appétit est conservé, mais la digestion est pénible ; elle s'accompagne de pesanteur et d'irradiations douloureuses dans l'hypochondre gauche.

Il s'agit évidemment d'un ictère par rétention et nous pensons à une occlusion du cholédoque soit par un cancer du pancréas ou des voies biliaires, soit par un calcul, soit même par une tumeur du voisinage. Notre malade eut voulu un diagnostic plus précis, et goûta fort notre avis de voir quelques-uns de nos collègues ou de nos maîtres. Il en usa largement ; le 25 mai, il consulte le professeur Bouchard qui confirme nos réserves, tout en penchant vers l'hypothèse d'un cancer du pancréas ; le 1er juin il appelle M. Hanot, qui incline plutôt vers un calcul ; le 14 juin ;

il voit M. Dieulafoy, qui partage cette dernière opinion ; le 18 juin une même consultation réunit MM. Hanot, Périer, Œttinger et moi. Nous concluons à la nécessité d'une laparotomie exploratrice qui, selon nous, ne sera que le premier temps d'une opération plus complexe : cholédochotomie ou entérostomie biliaire. Notre Portugais réclame un supplément d'information : il réunit son dossier qui renferme les avis de MM. Bouchard, Dieulafoy, Hanot, Œttinger, Périer et nous, et part pour l'Allemagne.

A Strasbourg, le professeur Naunyn conclut à une cirrhose et déconseille toute opération ; à Heidelberg, Kussmaul prononce aussi le mot de cirrhose ; il trouve que la rate est grosse, accident passager sans doute, car personne de nous ne l'avait constaté avant le départ et ne le constata au retour ; il s'oppose à l'intervention chirurgicale. Czerny n'est pas du même avis : il admet une cirrhose secondaire et consécutive à une obstruction du cholédoque et, comme nous, propose une laparotomie exploratrice que suivra certainement une incision du cholédoque ou une entérostomie biliaire. Mais il devait revenir sur cette opinion, et, au bout de 15 jours, lorsque le malade se dispose à regagner Paris, Czerny signe une consultation nouvelle où il conclut à l'abstention : pour lui la déchéance organique est telle qu'il y aurait danger à intervenir.

Le 15 juillet, retour à Paris ; le 18, nous voyons le malade avec MM. Bouchard, Périer et Œttinger. M. Bouchard incline de plus en plus vers le diagnostic de cancer du pancréas ; le 22, consultation de MM. Périer, Terrier et Œttinger ; M. Terrier se rallierait volontiers à l'hypothèse de M. Bouchard, mais conseille néanmoins la laparotomie, suivie, selon le cas, de cholédochotomie ou de cholécystentérostomie. Le malade ne peut s'y décider et suit, sous la direction de M. Bouchard, un régime à la glycérine, aux peptones et au benzo-naphtol. Il y eut d'abord un léger amendement ; mais le foie resta aussi volumineux, la diarrhée devient aussi tenace, les douleurs épigastriques ne s'apaisent pas, et enfin le 8 août apparaît un signe qui éveille les inquiétudes : la température monte à 39°, sans frisson, il est vrai, et sans autre symptôme que la hausse thermométrique. Le soir, du reste, la colonne mercurielle redescendait à moins de 37°.

Le 10 août, lorsque M. Bouchard revient, il constate l'inefficacité des moyens médicaux, et, comme les symptômes d'obstruction ne font que s'accentuer, mais, comme d'autre part, l'appétit est conservé, comme le coefficient de l'urée est normal d'après les dernières analyses, comme,

depuis quelque temps, le poids du malade n'a pas varié, comme on a reconnu, par plusieurs expériences, l'absence de glycosurie alimentaire, M. Bouchard croit un peu moins au cancer et un peu plus au calcul ; il se prononce alors pour l'opération, que le malade accepte, grâce à cette haute influence, et nous la pratiquons le 13 août. M. Périer nous avait promis son concours ; mais il avait dû s'absenter de Paris, et c'est notre collègue M. Chaput, qui voulut bien nous servir à la fois d'aide et de conseil.

Opération. — Une incision de 14 centimètres environ est pratiquée sur la ligne médiane, 7 centimètres au-dessus, 7 centimètres au-dessous de l'ombilic ; nous arrivons sous le foie énorme et de couleur brune très foncée ; sur son rebord mousse apparaît la vésicule biliaire ; son volume dépasse les 2 poings, et comme elle est rejetée en dehors, nous devons, pour l'atteindre nous donner du jour, et, à notre incision verticale, nous ajoutons un débridement transversal. La vésicule et le canal cystique, explorés du doigt, sont libres, mais le cholédoque vers la tête du pancréas est nettement oblitéré par un calcul du volume d'une noix. Il est si enclavé et si profondément situé que toute intervention nous paraît impossible. Nous cherchons alors le duodénum, peu accessible aussi et nous voyons qu'on ne saurait le rapprocher de la vésicule. Il en est de même de la première anse jéjunale ; aussi prenons-nous une anse grêle quelconque, qui puisse, sans traction dangereuse, être mise au contact avec la vésicule.

Nous ponctionnons avec une aiguille de Dieulafoy la vésicule isolée des organes voisins par des compresses stérilisées ; la bile, sirupeuse, noire comme du goudron, s'écoule avec peine d'abord, puis elle devient plus fluide, et nous en retirons ainsi 450 grammes. C'est alors que nous nous mettons en mesure de pratiquer l'entérostomie : une première rangée de sutures séro-séreuses est placée d'une part sur la vésicule, perpendiculairement à son axe; et le plus près possible de son fond ; d'autre part sur l'intestin parallèlement à son axe, et le plus près possible de son insertion mésentérique ; 6 points séparés à la Lembert sont ainsi passés avec l'aiguille à pédale de Chaput ; puis une deuxième rangée séro-séreuse absolument identique à 1 centimètre au-dessous de la première. Vient alors le deuxième temps, l'incision de l'intestin et de la vésicule ; cette double boutonnière, de 1 centimètre et demi, est faite à un centimètre au-dessus de la dernière ligne de suture et les lèvres de la plaie saignante sont saisies avec la pince à crémaillère.

Un étage de sutures muco-muqueuses unit les lèvres postérieures de la boutonnière intestinale et de la boutonnière de la vésicule ; les fils en sont noués dans la lumière des deux conduits. Nouvelle rangée muco-muqueuse sur les deux lèvres antérieures, mais cette fois hors de la lumière de l'intestin. Nous pratiquons alors une cinquième suture, mais celle-ci séro-séreuse et identique aux deux premières ; elle est située à 1 centimètre au-dessus de la double boutonnière ; nous aurions voulu en placer une sixième, mais l'étoffe manque du côté de la vésicule et nous nous contentons alors de placer çà et là quelques points de renfort. La toilette du péritoine est pratiquée avec des éponges sèches ; nous suturons la paroi abdominale et le malade rapporté dans son lit ne doit prendre dans la journée que de la glace et quelques cuillerées de grog.

Le samedi soir, le dimanche furent excellents, et, jusqu'au lundi matin, la température ne dépassa pas 37°. Dans l'après-midi l'opéré fut pris tout à coup d'un violent frisson avec claquement de dents et la colonne mercurielle dépassa 40°. Je trouvai l'opéré faisant ses adieux à sa famille et j'eus peur. Cependant la rate restait souple ; il n'y avait pas de douleur, pas de vomissement ; le soir la température redescendait à 38°, à 37° le mardi matin, il est vrai que vers deux heures il survint un nouveau frisson, mais moins intense que la veille et ce fut notre dernière alerte ; le mercredi survint une selle abondante, et l'apyrexie était complète ; au septième jour, j'enlevai les fils ; la réunion était obtenue ; le quinzième jour le malade se levait. Le succès opératoire était donc superbe.

En était-il de même du succès thérapeutique ? Un premier point, c'est que, dès l'intervention terminée, la démangeaison avait disparu ; le malade qui, sur le lit d'opération, se grattait sans mesure, même au début de la chloroformisation, remarqua, presque au réveil, que le prurit avait cessé. Dès les premiers jours aussi l'albuminurie disparut ; puis l'urine se décolora, le pigment biliaire au quatrième jour était beaucoup moins abondant, et bientôt il n'y en eut plus de trace. L'appétit revint et, dès le septième jour, le foie, qui à l'intervention mesurait 28 centimètres sur la ligne mamelonnaire, n'en avait plus que 17. Mais il restait un point noir : les premières selles avaient bien pris une certaine coloration et on y apercevait çà et là les stries vertes de la bile, mais la sécrétion biliaire était fort diminuée, et le 31 août, 18 jours après l'intervention, lorsque M. Bouchard revint voir le malade, il constata que le bol fécal était trop abondant, la digestion incomplète, les

matières encore décolorées et boueuses ; il se demanda si les cellules hépatiques n'avaient pas été en partie détruites par cette obstruction totale qui avait persisté près de 11 mois : le pronostic demeurait en suspens.

Mais à ce jour, plus de trois mois et demi après notre intervention, nos appréhensions se sont dissipées et la situation est excellente. Notre collègue Sabourin, dont on connaît la compétence spéciale pour tout ce qui a trait au foie, nous écrit que les selles sont normales, moulées, colorées, l'appétit est bon, le foie ne dépasse pas les fausses côtes, la teinte des téguments est telle qu'avant la maladie et l'opéré a regagné onze kilogrammes, atteignant à peu près son poids primitif. Il ne se plaint, en définitive, que d'une douleur épigastrique qui revient parfois après le repas et que fait disparaître la position horizontale.

Mais, ajoute M. Sabourin, M. de M... « vit de la vie commune à tous les gens bien portants ».

TABLE DES MATIÈRES

Pages

Introduction 5

CHAPITRE I. — Historique 7

CHAPITRE II. — Histoire de l'opération 19

I. — *Indications* 20

II. — *Symptomatologie* 21

III. — *Contre-indications* 22

IV. — *Opération* 23

CHAPITRE III. — Choix de l'anse intestinale 29

CHAPITRE IV. — État de la vésicule 43

CHAPITRE V. — Hémorrhagie 51

Conclusions 57

Observations 59

Imp. G. Saint-Aubin et Thevenot, Saint-Dizier (Haute-Marne), 30, Passage Verdeau Paris.